GlobalHealth



# Journey

## Spezielle Versicherungsbedingungen

Tarife Basic, Extensive, Advanced und Premium

# Inhalt


**1. Versicherungsschutz . . . 3**
1.1 Umfang des Versicherungsschutzes . . . 3
1.2 Versicherbarkeit . . . 3
1.3 Vorerkrankungen . . . 3
1.4 Moratoriumsklausel . . . 4
1.5 Wartezeit . . . 4

**2. Geografischer Geltungsbereich . . . 5**
2.1 Zielregion . . . 5
2.2 Vorübergehender Versicherungsschutz für Zielregion I . . . 5
2.3 Doppelte Leistungen für Zielregion I . . . 5

**3. Leistungen . . . 6**
3.1 Allgemeine Informationen . . . 6
3.2 Versicherungsfall . . . 6
3.3 Selbstbeteiligung, Zuzahlungen und Selbstbehalt . . . 6
3.4 Leistungsvoraussetzungen . . . 7
3.5 Jahreshöchstbetrag . . . 7
3.6 Leistungsübersicht: Stationäre Heilbehandlung . . . 8
3.7 Leistungsübersicht: Ambulante Heilbehandlung . . . 10
3.8 Leistungsübersicht: Mentale Gesundheit und Prävention . . . 12
3.9 Leistungsübersicht: Schwangerschaftsleistungen . . . 13
3.10 Leistungsübersicht: Sehhilfen und zahnärztliche Heilbehandlungen . . . 14
3.11 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance . . . 16
3.12 Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance . . . 17
3.13 Leistungsbeschreibung . . . 18
Stationäre Heilbehandlungen . . . 18
Ambulante Heilbehandlungen . . . 22
Mentale Gesundheit und Prävention . . . 24
Schwangerschaftsleistungen . . . 26
Sehhilfen und zahnärztliche Heilbehandlungen . . . 27
Medizinische Assistance . . . 30
Zusätzliche Assistance . . . 32

**4. Tarif . . . 34**

**5. Leistungsausschlüsse . . . 35**

**6. Glossar . . . 40**

# 1. Versicherungsschutz

**Spezielle Versicherungsbedingungen – Vertragliche Grundlagen**

### 1.1 Umfang des Versicherungsschutzes

Die in diesem Dokument großgeschriebenen Begriffe haben die, in den Glossaren der Besonderen und Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegebenen Bedeutungen, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes angegeben ist.

Im Falle von Abweichungen zwischen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Speziellen Versicherungsbedingungen und den Besonderen Versicherungsbedingungen besitzen die Besonderen Versicherungsbedingungen Vorrang vor den Speziellen Versicherungsbedingungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, und die Speziellen Versicherungsbedingungen haben Vorrang vor den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Grundsätzlich hat die englische Fassung aller relevanten Unterlagen und Dokumente stets Vorrang vor allen anderen Sprachfassungen oder Übersetzungen.

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, körperliche Verletzungen und andere Ereignisse, die zu Versicherungsfällen führen, wie sie im Versicherungsvertrag beschrieben sind.

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls erstattet der Versicherer die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen und andere vereinbarte Leistungen gemäß den Bedingungen des Versicherungsvertrags und den gesetzlichen Bestimmungen.

Gemäß den vorliegenden Speziellen Versicherungsbedingungen übernimmt der Versicherer die medizinischen Aufwendungen für jede im Versicherungsvertrag genannte versicherte Person unter Berücksichtigung der festgelegten tariflichen Höchstbeträge.

**Heilbehandlungen im Ausland sind von der Leistungserstattung ausgeschlossen, sofern die Auslandsreise einzig oder hauptsächlich zur Durchführung der Behandlung angetreten wurde.**

### 1.2 Versicherbarkeit

Der Versicherungsvertrag wurde für Expatriates konzipiert. Versicherungsfähig sind Personen, die sich mindestens 3 (drei) Monate im Ausland aufhalten, sofern mit dem Versicherer nichts anderes vereinbart wurde. Sollte die versicherte Person beschließen, in ihr Heimatland zurückzukehren und dort ihren Wohnsitz zu begründen, kann die Versicherung mit Zustimmung des Versicherers fortgesetzt werden.

Im Falle eines Wohnortwechsels prüft der Versicherer jeden Einzelfall, ob der Versicherungsschutz weiterhin gewährt werden kann oder ob er angepasst oder beendet werden muss.

Der Versicherungsnehmer ist dafür verantwortlich, dass alle versicherten Personen die lokalen Sozialversicherungsgesetze und -vorschriften einhalten. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den gesamten Versicherungsvertrag oder den Versicherungsschutz für bestimmte versicherte Personen zu kündigen, sofern Gesetzesänderungen in einem Land zu einem Verstoß gegen Gesetze oder Vorschriften führen würden.

### 1.3 Vorerkrankungen

**Vorerkrankungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen** und unterliegen der Moratoriumsklausel. Der Versicherungsnehmer kann jedoch im Antragsformular auf der Grundlage einer Gesundheits- bzw. Risikoprüfung und gegebenenfalls vorbehaltlich einer Wartezeit die Einbeziehung von Vorerkrankungen in den Versicherungsschutz beantragen.

Um dem Versicherer die Entscheidung über die Einbeziehung der bereits bestehenden Vorerkrankungen ab Versicherungsbeginn zu erleichtern, ist es von entscheidender Bedeutung, die Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

Die versicherte Person muss einen medizinischen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausfüllen und dem Versicherer gegebenenfalls zusätzliche medizinische Unterlagen zur Verfügung stellen. In manchen Fällen kann es notwendig sein, dass sich der Antragsteller einer medizinischen Untersuchung unterzieht. Auf der Grundlage der

Angaben im medizinischen Fragebogen und der umfassenden Risikobeurteilung durch den Versicherer können Anpassungen des Versicherungsvertrags erforderlich sein. Dies kann die Änderung von bestehenden Klauseln, die Einführung von neuen Klauseln, die Erhebung eines Risikozuschlags, einen Leistungsausschluss oder in bestimmten Fällen die Ablehnung des Versicherungsvertrags für die betreffende versicherte Person zur Folge haben. Jede Krankheit, die zwischen der Unterzeichnung des Antragsformulars und der Unterzeichnung der Besonderen Versicherungsbedingungen auftritt, wird als Vorerkrankung betrachtet.

### 1.4 Moratoriumsklausel

Versicherte Personen im Alter von 55 (fünfundfünfzig) Jahren oder jünger, die sich gegen die in Artikel 1.3 der Speziellen Versicherungsbedingungen beschriebene medizinische Risikoprüfung entscheiden, um Vorerkrankungen in den Versicherungsschutz aufzunehmen, können mit Zustimmung des Versicherers die „Moratoriumsklausel" wählen.

Wählt eine gemäß vorstehendem Absatz hierzu berechtigte versicherte Person die Moratoriumsklausel, um Vorerkrankungen in den Versicherungsvertrag einzuschließen, gelten folgende Bedingungen:

i. Der Versicherungsschutz für alle Erkrankungen, die die versicherte Person in den 5 (fünf) Jahren vor Vertragsbeginn hatte, besteht erst nach einer ununterbrochenen Wartezeit von 2 (zwei) Jahren ab Vertragsbeginn.
ii. Während dieses Zeitraums von 2 (zwei) Jahren darf die versicherte Person keine Anzeichen oder Symptome zeigen, keine Medikamente einnehmen, keine ärztlichen Konsultationen in Anspruch nehmen oder keine Behandlung für die entsprechende Vorerkrankung erhalten.
iii. Wenn die versicherte Person während dieses Zeitraums Symptome zeigt oder eine Behandlung erhält, beginnt ab diesem Datum eine neue Wartezeit von 2 (zwei) Jahren. Die versicherte Person muss während dieses neuen Zeitraums symptom- und behandlungsfrei bleiben.
iv. Zudem muss die Erkrankung reversibel sein, um versichert zu sein. Ist sie nicht reversibel, ist sie grundsätzlich nicht versichert.

Für neue Erkrankungen bzw. für Krankheiten, die nicht im Zusammenhang mit Vorerkrankungen stehen, wird sofort Versicherungsschutz gemäß Versicherungsvertrag gewährt.

### 1.5 Wartezeit

Die Wartezeiten beginnen mit dem in den Speziellen Versicherungsbedingungen festgelegten Datum des Inkrafttretens.

Wartezeiten bestehen für Schwangerschaft und Entbindung einschließlich Komplikationen anlässlich von Schwangerschaft und Entbindung, psychiatrische Leistungen, Psychotherapie, prophylaktische Mastektomien, Unfruchtbarkeitsbehandlungen und umfassende zahnärztliche Leistungen wie folgt:

- Für psychiatrische Leistungen, Psychotherapien und umfassende zahnärztliche Leistungen: 10 (zehn) Monate.
- Für Schwangerschaft und Entbindung einschließlich Komplikationen anlässlich von Schwangerschaft und Entbindung: 12 (zwölf) Monate, unabhängig von der Anzahl der versicherten Personen.
- Für prophylaktische Mastektomien: 24 (vierundzwanzig) Monate.
- Für Unfruchtbarkeitsbehandlungen: 24 (vierundzwanzig) Monate für beide Ehepartner oder Lebensgefährten.

**Verwendete Symbole**

✔ Das ist versichert, das heißt, die Erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% übernommen, sofern sich aus den Ausführungen/Leistungsbeschreibungen nicht etwas anderes ergibt.

✘ Hierfür ist im Leistungsumfang keine Erstattung vorgesehen.

# 2. Geografischer Geltungsbereich

### 2.1 Zielregion

Der Versicherungsschutz gilt, je nach Auswahl des Versicherungsnehmers im Antragsformular, in den folgenden Zielregionen:

Zielregion I: Weltweit einschließlich USA
Zielregion II: Weltweit ohne USA

### 2.2 Vorübergehender Versicherungsschutz für Zielregion I

Wurde Versicherungsschutz gemäß des Versicherungsvertrags für „Zielregion II – Weltweit ohne USA" vereinbart, und hält sich die versicherte Person vorübergehend in den USA auf, gewährt der Versicherer dennoch Versicherungsschutz für medizinische Notfälle, Unfälle sowie für Todesfälle, die sich innerhalb der Zielregion I: Weltweit einschließlich USA ereignen, für Reisen mit einer Dauer von bis zu 6 (sechs) Wochen.

Tritt innerhalb des Zeitraums von 6 (sechs) Wochen ein Versicherungsfall ein, der eine Notfallbehandlung der versicherten Person in den USA erforderlich macht, besteht für die Behandlung keine spezifische zeitliche Begrenzung. Im Falle eines medizinischen Notfalls kann der Versicherer jedoch die versicherte Person zur Behandlung in ein anderes Land verlegen, wenn dies medizinisch sinnvoll und durchführbar ist.

**Der Versicherungsschutz im Rahmen des Versicherungsvertrags erstreckt sich nicht auf Reisen, die zum Zweck einer Heilbehandlung in der Zielregion I unternommen werden.**

Zieht eine versicherte Person für einen beliebigen Zeitraum in eine andere geografische Zielregion, die nicht im Versicherungsvertrag vereinbart ist, muss dieser Umzug dem Versicherer unverzüglich gemeldet werden. Die entsprechende Änderung kann Auswirkungen auf den fälligen Beitrag sowie auf Leistungsansprüche gemäß des Versicherungsvertrags haben.

### 2.3 Doppelte Leistungen für Zielregion I

Sofern die versicherte Person für die Zielregion I (weltweit einschließlich USA) versichert ist, verdoppelt der Versicherer die in 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9 und 3.10 angegebenen Höchstbeträge und Pauschalbeträge (unabhängig davon, ob die Behandlung in den USA stattfindet oder nicht). Ist eine Leistung auf eine bestimmte Anzahl von Tagen oder Sitzungen begrenzt, bleibt diese Begrenzung unverändert. Wurde mit dem Versicherer eine Selbstbeteiligung und/oder eine Zuzahlung bzw. ein Selbstbehalt vereinbart, bleiben diese unverändert.

# 3. Leistungen

### 3.1 Allgemeine Informationen

Der vom Versicherungsnehmer im Antragsformular gewählte Tarif umfasst nach Art und Umfang die in den Speziellen Versicherungsbedingungen festgelegten Leistungen. Auf der Grundlage des gewählten Tarifs leistet der Versicherer für die Erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 100 % des in der Leistungsübersicht genannten jährlichen Höchstbetrages, sofern in den Versicherungsbedingungen nicht ausdrücklich etwas anderes angegeben ist.

### 3.2 Versicherungsfall

Ein Versicherungsfall bezeichnet die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer Krankheit, eines Unfalls einschließlich der Unfallfolgen oder anderer in den Speziellen Versicherungsbedingungen (siehe 3.5 bis 3.12 – Leistungsübersicht) genannte Ereignisse.

Der Versicherungsfall beginnt mit dem Auftakt einer ärztlich verordneten Heilbehandlung und endet, wenn medizinische Befunde keine weiteren medizinisch notwendigen Heilbehandlungen mehr erfordern. Benötigt die versicherte Person eine Heilbehandlung aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder anderer in den Speziellen Versicherungsbedingungen (siehe 3.5 bis 3.12 – Leistungsumfang) genannter Ereignisse, die nicht im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Versicherungsfall stehen, so wird dies als neuer Versicherungsfall behandelt.

### 3.3 Selbstbeteiligung, Zuzahlungen und Selbstbehalt

Die Selbstbeteiligung ist der Betrag, bis zu dem die versicherte Person pro Versicherungsjahr Behandlungskosten selbst zu tragen hat. Die Zuzahlung ist der prozentuale Anteil der Behandlungskosten, den die versicherte Person selbst zu tragen hat. Der maximale Selbstbehalt ist der Höchstbetrag der Zuzahlung, den die versicherte Person pro Versicherungsjahr zu zahlen hat.

Der Versicherer hat folgende Selbstbeteiligungen festgelegt:

Basic:
Entfällt

Extensive:
EUR 0, EUR 250, EUR 500 und EUR 1.000 /
USD 0, USD 325, USD 650, USD 1.300 /
GBP 0, GBP 210, GBP 420, GBP 840 /
CHF 0, CHF 232,50, CHF 465, CHF 930

Advanced und Premium:
EUR 0, EUR 250, EUR 500, EUR 1.000, EUR 3.000, EUR 5.000 und EUR 7.000 /
USD 0, USD 325, USD 650, USD 1.300, USD 3.900, USD 6.500 und USD 9.100 /
GBP 0, GBP 210, GBP 420, GBP 840, GBP 2.520, GBP 4.200 und GBP 5.880 /
CHF 0, CHF 232.50, CHF 465, CHF 930, CHF 2.790, CHF 4.650 und CHF 6.510

Der Versicherer hat folgende Zuzahlungen beziehungsweise Selbstbehalte festgelegt:

Basic:
20%

Extensive:
0%, 10% oder 20% mit einem maximalen Selbstbehalt von EUR 1.500 / USD 1.950 / GBP 1.260 / CHF 1.395

Advanced and Premium:
0%, 10% oder 20% mit einem maximalen Selbstbehalt von EUR 2.500 / USD 3.250 / GBP 2.100 / CHF 2.325

Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen gelten auf der Grundlage des Versicherungsjahres für jede versicherte Person, insbesondere für Aufwendungen im Zusammenhang mit ambulanten Heilbehandlungen, inklusive ambulanten Behandlungen, ambulanten Behandlungen für mentale Gesundheit und Prävention sowie für ambulante Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsleistungen. Wurde eine Selbstbeteiligung und/oder eine Zuzahlung vereinbart, erstattet der Versicherer bis zu 100% der Erstattungsfähigen Aufwendungen, die die Selbstbeteiligung und/oder die Zuzahlung übersteigen; dies gilt bis zum Jahreshöchstbetrag/Höchstbetrag für ambulante Leistungen.

Die Aufwendungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Arzt oder Behandler in Anspruch genommen wurde und in dem Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen wurden.

### 3.4 Leistungsvoraussetzungen

Versicherte Personen haben die freie Wahl unter allen Ärzten, Therapeuten, Zahnärzten sowie anderen Behandlern im Gesundheitssektor, die in dem Land, in dem eine ärztliche oder zahnärztliche Heilbehandlung erfolgt, zugelassen sind.

Der Versicherer erstattet ausschließlich Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Rahmen der schulmedizinischen oder zahnheilkundlichen Praxis. Die Erstattung von Heilbehandlungen und Leistungen anderer Behandler erfolgt auf der Grundlage angemessener Gebühren, die den Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Sätzen entsprechen. Diese Gebührensätze beziehen sich auf Ausgaben im Zusammenhang mit genehmigten und versicherten medizinischen Leistungen oder Verbrauchsmaterialien, die nicht über die Standardgebühren hinausgehen und von anderer Leistungsanbietern mit ähnlichem Status, im selben geografischen Gebiet anlässlich vergleichbarer Behandlungen für ähnliche Krankheiten und/oder körperliche Verletzungen erbracht werden.

Darüber hinaus kann der Versicherer Aufwendungen berücksichtigen, die die Höchstbeträge der Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Gebührensätze überschreiten, sofern diese aufgrund von erschwerenden Umständen im Zusammenhang mit einer Erkrankung oder den medizinischen Befunden entstanden sind und die Aufwendungen angemessen berechnet wurden.

Für Leistungen von anderen Behandlern, wie z. B. Masseuren, Hebammen oder Heilpraktikern (für die es im Behandlungsland möglicherweise keine gesonderten und anerkannten Gebührensätze gibt), erfolgt die Erstattung auf der Grundlage vergleichbarer Honorare für Ärzte und der üblichen Preise im Behandlungsland.

Im Versicherungsschutz enthalten sind ebenfalls Zahnmaterialien und Laborarbeiten auf der Grundlage der Durchschnittspreise im entsprechenden Behandlungsland. **Zahnärztliche Heilbehandlungen wie Zahnersatz, Implantate, Zahnoperationen und kieferorthopädische Behandlungen gelten auch dann nicht als Teil einer stationären oder ambulanten Behandlung, wenn sie von einem Arzt in einem Krankenhaus durchgeführt werden und sind somit nicht erstattungsfähig.**

Im Rahmen des Versicherungsvertrags erstattet der Versicherer Aufwendungen für Untersuchungen, Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin allgemein anerkannt sind. Darüber hinaus sind Aufwendungen für Methoden und Arzneimittel erstattungsfähig, die sich in der Praxis bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Alternativen zur Verfügung stehen. Die Leistungen können jedoch auf Beträge begrenzt werden, die denen entsprechen, die bei Inanspruchnahme schulmedizinischer Leistungen gezahlt worden wären.

### 3.5 Jahreshöchstbetrag

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Leistungen** | | | | |
| Jahreshöchstbetrag | EUR 1.500.000 / USD 1.950.000 / GBP 1.260.000 / CHF 1.395.000 | EUR 3.000.000 / USD 3.900.000 / GBP 2.520.000 / CHF 2.790.000 | unbegrenzt | unbegrenzt |

### 3.6 Leistungsübersicht: Stationäre Heilbehandlung

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Stationäre Leistungen** | | | | |
| Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweitbettzimmer | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen, inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronenemissions-tomographie (PET) und Palliativmedizin | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Anästhesie, Intensivstation und Labor | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Operationen und Anästhesie | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ambulante Chirurgische Eingriffe anstelle einer stationären Behandlung | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Arznei- und Verbandmittel | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Physiotherapie, inklusive Massagen | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Hilfsmittel im Rahmen einer stationären Heilbehandlung | nur für lebensrettende Maßnahme wie z. B. Herzschrittmacher | nur für lebensrettende Maßnahme wie z. B. Herzschrittmacher | wenn als lebensrettende Maßnahme wie z. B. Herzschrittmacher notwendig, darüber hinaus Erstattung für nicht-lebensrettende Hilfsmittel wie Kunstglieder/Prothesen bis zu EUR 2.000 / USD 2.600 USD / GBP 1.680 / CHF 1.860 | ✓ |
| Angeborene Leiden | ✓ bis zu einem Höchstbetrag von EUR 100.000 / USD 130.000 / GBP 84.000 / CHF 93.000 über die gesamte Lebensdauer | ✓ bis zu einem Höchstbetrag von EUR 100.000 / USD 130.000 / GBP 84.000 / CHF 93.000 über die gesamte Lebensdauer | ✓ bis zu einem Höchstbetrag von EUR 150.000 / USD 195.000 / GBP 126.000 / CHF 139.500 über die gesamte Lebensdauer | ✓ bis zu einem Höchstbetrag von EUR 200.000 / USD 260.000 / GBP 168.000 / CHF 186.000 über die gesamte Lebensdauer |
| Krebstherapie, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlung, inklusive wiederherstellender Chirurgie nach Brustkrebs | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Stationäre Leistungen** | | | | |
| **Prophylaktische Mastektomie** | ✗ | ✗ | ✗ | ✓ 50% bis zu EUR 10.000 / USD 13.000 / GBP 8.400 / CHF 9.300. Es besteht eine Wartezeit von 24 Monaten. |
| **Dialyse** | ✗ | ✓ bis zu einem Höchstbetrag von EUR 1.000.000 / USD 1.300.000 / GBP 840.000 / CHF 930.000 über die gesamte Lebensdauer | ✓ bis zu einem Höchstbetrag von EUR 1.500.000 / USD 1.950.000 / GBP 1.260.000 / CHF 1.395.000 über die gesamte Lebensdauer | ✓ bis zu einem Höchstbetrag von EUR 2.000.000 / USD 2.600.000 / GBP 1.680.000 / CHF 1.860.000 über die gesamte Lebensdauer |
| **Knochenmark- bzw. Organtransplantation** | ✓ bis zu einem Höchstbetrag von EUR 150.000 / USD 195.000 / GBP 126.000 / CHF 139.500 über die gesamte Lebensdauer | ✓ bis zu einem Höchstbetrag von EUR 150.000 / USD 195.000 / GBP 126.000 / CHF 139.500 über die gesamte Lebensdauer | ✓ bis zu einem Höchstbetrag von EUR 250.000 / USD 325.000 / GBP 210.000 / CHF 232.500 über die gesamte Lebensdauer | ✓ |
| **Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes** | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| **Häusliche Krankenpflege anstelle eines Krankenhausaufenthalts** | ✗ | ✓ bis zu 30 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu 60 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu 90 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage |
| **Ersatzkrankenhaustagegeld** | ✓ EUR 50 / USD 65 / GBP 42 / CHF 46,50 pro Tag | ✓ EUR 75 / USD 97.50 / GBP 63 / CHF 69,75 pro Tag | ✓ EUR 150 / USD 195 / GBP 126 / CHF 139,50 pro Tag | ✓ EUR 200 / USD 260 / GBP 168 / CHF 186 pro Tag |
| **Stationäre Anschlussrehabilitation** | ✓ bis zu 14 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu 21 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu 28 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu 35 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage |
| **Hospiz** | ✗ | ✓ bis zu 5 Wochen | ✓ bis zu 7 Wochen | ✓ bis zu 9 Wochen |
| **Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlungen** | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| **Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall** | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| **Stationäre Zahnbehandlungen** | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ |
| **Zahnärztliche Notfallbehandlungen** | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ |

Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

### 3.7 Leistungsübersicht: Ambulante Heilbehandlung

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Ambulante Leistungen** | | | | |
| Höchstbetrag für ambulante Leistungen | EUR 2.000 / USD 2.600 / GBP 1.680 / CHF 1.860 | EUR 12.000 / USD 15.600 / GBP 10.080 / CHF 11.160 | unbegrenzt | unbegrenzt |
| Ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen, inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronenemissions-tomographie (PET) und Palliativmedizin | ✓ 80%* | ✓ Es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen. | ✓ | ✓ |
| Ambulante Operationen | ✗ | ✓ Es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen. | ✓ | ✓ |
| Krebsbehandlung, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlungen | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie, traditionelle chinesische Medizin und Chiropraktik, inklusive Arznei- und Verbandmittel | ✗ | ✓ bis zu EUR 750* / USD 975* / GBP 630* / CHF 697.50* | ✓ bis zu EUR 2.500 / USD 3.250 / GBP 2.100 / CHF 2.325 | ✓ bis zu EUR 5.000 / USD 6.500 / GBP 4.200 / CHF 4.650 |
| Sprachtherapie | ✗ | ✗ | ✓ bis zu 20 Sitzungen, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ im Falle einer schriftlichen Kostenzusage |
| Arznei- und Verbandmittel | ✓ 80%* | ✓ Es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen. | ✓ | ✓ |
| Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel | ✗ | ✓ bis zu EUR 50* / USD 65* / GBP 42* / CHF 46.50* | ✓ bis zu EUR 75 / USD 97.50 / GBP 63 / CHF 69.75 | ✓ bis zu EUR 100 / USD 130 / GBP 84 / CHF 93 |
| Heilmittel/Physiotherapie inklusive Massagen | ✗ | ✓ bis zu 15 Sitzungen (inklusive 5 Sitzungen ohne Verordnung)* | ✓ bis zu 20 Sitzungen (inklusive 5 Sitzungen ohne Verordnung) | ✓ (inklusive 5 Sitzungen ohne Verordnung) |
| Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie | ✗ | ✗ | ✓ bis zu 10 Sitzungen | ✓ |

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Ambulante Leistungen** | | | | |
| **Hilfsmittel** | ✗ | ✓ bis zu EUR 1.000* / USD 1.300* / GBP 840* / CHF 930* | ✓ bis zu EUR 2.000 / USD 2.600 / GBP 1.680 / CHF 1.860 | ✓ |
| **Perücken und Prothesen-BHs im Rahmen einer Krebsbehandlung** | ✗ | ✓ bis zu EUR 300* / USD 390* / GBP 252* / CHF 279* | ✓ bis zu EUR 300 / USD 390 / GBP 252 / CHF 279 | ✓ bis zu EUR 500 / USD 650 / GBP 420 / CHF 465 |
| **Podologie** | ✗ | ✗ | ✓ bis zu EUR 100 / USD 130 / GBP 84 / CHF 93 | ✓ bis zu EUR 200 / USD 260 / GBP 168 / CHF 186 |
| **Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall** | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| **Unfruchtbarkeitsbehandlungen** | ✗ | ✗ | ✗ | ✓ 50% bis zu EUR 10.000 / USD 13.000 / GBP 8.400 / CHF 9.300 pro versichertem Paar über die gesamte Lebensdauer, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage. Es besteht eine Wartezeit von 24 Monaten. |

Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.
*Es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen.

### 3.8 Leistungsübersicht: Mentale Gesundheit und Prävention

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Leistungen für Mentale Gesundheit und Prävention** | | | | |
| **Stationäre Behandlungen** | | | | |
| **Psychiatrische Leistungen** | ✗ | ✓ bis zu 30 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu 40 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu 60 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage |
| **Stationäre Psychotherapie** | ✗ | ✗ | ✓ bis zu 20 Sitzungen, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu 40 Sitzungen, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage |
| **Ambulante Behandlungen** | | | | |
| **Psychiatrische Leistungen** | ✗ | ✓ bis zu EUR 1.000 / USD 1.300 / GBP 840 / CHF 930, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu EUR 5.000 / USD 6.500 / GBP 4.200 / CHF 4.650, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu EUR 10.000 / USD 13.000 / GBP 8.400 / CHF 9.300, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage |
| **Ambulante Psychotherapie** | ✗ | ✗ | ✓ bis zu 10 Sitzungen, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu 20 Sitzungen, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage |
| **Routinemäßige Gesundheits- oder Vorsorgeuntersuchungen ohne klinische Symptome** | ✗ | ✓ bis zu EUR 250 / 325 USD / GBP 210 / CHF 232.50 | ✓ bis zu EUR 500 / USD 650 / GBP 420 / CHF 465 | ✓ bis zu EUR 1.000 / USD 1.300 / GBP 840 / CHF 930 |
| **Schutzimpfungen aller Art inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxemaßnahmen, soweit diese für das jeweilige Aufenthaltsland empfohlen sind** | ✗ | ✗ | ✓ bis zu EUR 500 / USD 650 / GBP 420 / CHF 465 | ✓ |
| **Ernährungsberatung** | ✗ | ✗ | ✗ | ✓ bis zu EUR 400 / USD 520 / GBP 336 / CHF 372 |

Für psychiatrische Behandlungen und Psychotherapie gilt eine Wartezeit von 10 (zehn) Monaten.
Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

### 3.9 Leistungsübersicht: Schwangerschaftsleistungen

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung** | | | | |
| **Stationäre Behandlungen** | | | | |
| Ärztliche Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung; Leistungen einer Hebamme bzw. einer Geburtshelferin im Krankenhaus | ✗ | ✗ | ✓ bis zu EUR 5.000 / USD 6.500 / GBP 4.200 / CHF 4.650 | ✓ bis zu EUR 20.000 / USD 26.000 / GBP 16.800 / CHF 18.600 |
| Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Häusliche Krankenpflege nach einer Entbindung anstelle eines Krankenhausaufenthalts | ✗ | ✗ | ✓ bis zu 5 Tage, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ bis zu 5 Tage, im Falle einer schriftlichen Kostenzusage |
| Neugeborenenpflege | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ |
| **Ambulante Behandlungen** | | | | |
| Schwangerschaft inklusive Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung, Hebamme und Geburtshelferin | ✗ | ✗ | ✓ bis zu EUR 5.000 / USD 6.500 / GBP 4.200 / CHF 4.650 | ✓ bis zu EUR 10.000 / USD 13.000 / GBP 8.400 / CHF 9.300 |
| Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen | ✗ | ✗ | ✓ bis zu EUR 5.000 / USD 6.500 / GBP 4.200 / CHF 4.650 | ✓ |
| Ambulante Entbindung | ✗ | ✗ | ✓ Pauschale von EUR 250 / USD 325 / GBP 210 / CHF 232,50 je Neugeborenem ohne Kostennachweis bei Vorlage der Geburtsurkunde | ✓ Pauschale von EUR 500 / USD 650 / GBP 420 / CHF 465 je Neugeborenem ohne Kostennachweis bei Vorlage der Geburtsurkunde |

Für Schwangerschaft und Entbindung gilt eine Wartezeit von 12 (zwölf) Monaten.
Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

### 3.10 Leistungsübersicht: Sehhilfen und zahnärztliche Heilbehandlung

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Leistungen für Sehhilfen und zahnärztliche Heilbehandlung** | | | | |
| **Sehhilfen** | | | | |
| Sehhilfen, inklusive Sehtest | ✗ | ✗ | ✓ bis zu EUR 300 / USD 390 / GBP 252 / CHF 279 alle 2 Jahre | ✓ bis zu EUR 750 / USD 975 / GBP 630 / CHF 697,50 alle 2 Jahre |
| **Zahnärztliche Behandlungen** | | | | |
| Höchstbetrag für zahnärztliche Leistungen | entfällt | EUR 250 / USD 325 / GBP 210 / 232,50 CHF | entfällt | entfällt |
| **Zahnärztliche Leistungen** | | | | |
| Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen | ✗ | ✓ bis zu 2 Untersuchungen pro Jahr* | ✓ bis zu 2 Untersuchungen pro Jahr | ✓ bis zu 2 Untersuchungen pro Jahr |
| Röntgenuntersuchung | ✗ | Es gilt der Höchstbetrag für zahnärztliche Leistungen. | ✓ | ✓ |
| Zahnsteinentfernung und Polieren | ✗ | Es gilt der Höchstbetrag für zahnärztliche Leistungen. | ✓ | ✓ |
| Leistungen bei Mundschleimhaut- und Zahnfleischerkrankungen | ✗ | Es gilt der Höchstbetrag für zahnärztliche Leistungen. | ✓ | ✓ |
| Präparieren einer kariösen Kavität und einfache Restauration | ✗ | Es gilt der Höchstbetrag für zahnärztliche Leistungen. | ✓ | ✓ |
| Chirurgische Leistungen, Extraktionen, Wurzelkanalbehandlungen | ✗ | Es gilt der Höchstbetrag für zahnärztliche Leistungen. | ✓ | ✓ |
| Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen | ✗ | Es gilt der Höchstbetrag für zahnärztliche Leistungen. | ✓ | ✓ |
| Zahnärztliche Leistungen nach einem Unfall | ✗ | Es gilt der Höchstbetrag für zahnärztliche Leistungen. | ✓ | ✓ |

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Leistungen für Sehhilfen und zahnärztliche Heilbehandlung** | | | | |
| **Umfassende zahnärztliche Leistungen** | | | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die folgenden Leistungen bis zu EUR 2.000 / USD 2.600 / GBP 1.680 / CHF 1.860. | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die folgenden Leistungen bis zu EUR 5.000 / USD 6.500 / GBP 4.200 / CHF 4.650. |
| **Zahnersatz (z. B. Prothesen, Inlays, Brücken, Zahnkronen)** | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ |
| **Implantologische Leistungen** | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ |
| **Kieferorthopädische Leistungen (bis zum 18. Lebensjahr)** | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ |
| **Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien** | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ |
| **Erstellen eines Heil- und Kostenplans** | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ |

Für umfangreiche zahnärztliche Behandlungen gilt eine Wartezeit von 10 (zehn) Monaten.
Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.
*Es gilt der Höchstbetrag für zahnärztliche Leistungen.

### 3.11 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Leistungen der Medizinischen Assistance** | | | | |
| 24-stündiger Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Medizinischer Kranken- und Rücktransport | ✓ im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ im Falle einer schriftlichen Kostenzusage | ✓ im Falle einer schriftlichen Kostenzusage |
| Informationen über die medizinische Infrastruktur (ärztliche Versorgung vor Ort und Benennung mehrsprachiger Ärzte) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Betreuung und Information (durch unseren ärztlichen Dienst, Second Opinion, Beobachtung des Krankheitsverlaufs) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Kostenübernahmegarantie | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Überführung der sterblichen Überreste | ✓ bis zu EUR 2.500 / USD 3.250 / GBP 2.100 / CHF 2.325 | ✓ bis zu EUR 5.000 / USD 6.500 / GBP 4.200 / CHF 4.650 | ✓ bis zu EUR 10.000 / USD 13.000 / GBP 8.400 / CHF 9.300 | ✓ bis zu EUR 25.000 / USD 32.500 / GBP 21.000 / CHF 23.250 |
| Zusätzliche, medizinisch sinnvolle Unterstützung (Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten der Erkrankung) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Online-Services | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

### 3.12 Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance

| | Basic | Extensive | Advanced | Premium |
|---|---|---|---|---|
| **Leistungen der zusätzlichen Assistance** | | | | |
| Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige | ✗ | ✗ | ✓ bis zu EUR 1.500 / USD 1.950 / GBP 1.260 / CHF 1.395 | ✓ bis zu EUR 3.000 / USD 3.900 / GBP 2.520 / CHF 2.790 |
| Krankentransport und Rücktransport in das Aufenthaltsland | ✗ | ✗ | ✓ bis zu EUR 1.500 / USD 1.950 / GBP 1.260 / CHF 1.395 | ✓ bis zu EUR 3.000 / USD 3.900 / GBP 2.520 / CHF 2.790 |
| Verzögerte Rückreise | ✗ | ✗ | ✓ bis zu EUR 1.000 / USD 1.300 / GBP 840 / CHF 930 | ✓ bis zu EUR 2.000 / USD 2.600 / GBP 1.680 / CHF 1.860 |
| Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Organisation des Rücktransports oder der Betreuung von Kindern | ✗ | ✗ | ✗ | ✓ |
| Vermittlung von Hilfe bei rechtlichen Schwierigkeiten | ✗ | ✗ | ✗ | ✓ |
| Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstehenden psychischen Problemen | ✗ | ✗ | ✓ psychologische und therapeutische Maßnahmen via Telefon, bis zu 3 Anrufe | ✓ psychologische und therapeutische Maßnahmen via Telefon, bis zu 5 Anrufe |
| Telemedizin | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

## 3.13 Leistungsbeschreibung

Hinweis: „Bitte beachten Sie, dass die in Abschnitt 3.13 beschriebenen Leistungen je nach gewähltem Tarif variieren können oder möglicherweise nicht im Versicherungsschutz enthalten sind."

### Stationäre Heilbehandlung

Der Versicherungsvertrag sieht die folgenden Leistungen im Zusammenhang mit stationären Heilbehandlungen vor:

**Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer**

Die versicherte Person kann das Krankenhaus, in dem sie medizinische Heilbehandlungen erhält, frei wählen. Eine stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus umfasst jede Behandlung, bei der die versicherte Person für mindestens 24 (vierundzwanzig) Stunden in ein Krankenhaus in dem Land, in dem sie behandelt wird, aufgenommen wird.

Heilbehandlungen in Krankenhäusern, die ebenfalls Sanatoriumsbehandlungen anbieten, sind nur dann versichert, wenn sie die Voraussetzungen der Schulmedizin erfüllen, es sei denn, alternative Heilbehandlungen wurden vor Behandlungsbeginn ausdrücklich schriftlich vom Versicherer zugesagt. Die Unterbringung ist auf Standard-Ein- oder Zweibettzimmer beschränkt. Ein Standard-Einbettzimmer ist ein einfaches Einzelzimmer mit angrenzendem Bad oder Duschraum in einem Krankenhaus. **Ausdrücklich ausgeschlossen sind Zimmer mit gehobener Ausstattung. Hierzu zählen unter anderem Deluxe-Zimmer, Executive-Zimmer oder Suiten, die über zusätzliche Einrichtungen wie Küchen, Essbereiche oder Wohnzimmer verfügen.**

Der Versicherungsvertrag übernimmt die Aufwendungen der gesamten stationären Behandlung ohne zeitliche Begrenzung. Es ist jedoch unabdingbar, den Versicherer oder das zuständige Service Center vor oder innerhalb von 3 (drei) Kalendertagen nach der Aufnahme in das Krankenhaus über den Krankenhausaufenthalt und die Behandlung zu informieren. Andernfalls ist es möglich, dass der Versicherer die entsprechenden Aufwendungen nicht vollständig übernehmen kann.

**Ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen inklusive Pathologie, Radiologie, CT, MRT, PET und Palliativmedizin**

Der Versicherungsvertrag berücksichtigt alle Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung, inklusive Untersuchungen, Diagnostik und Therapie sowie alle Kosten im Zusammenhang mit Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Palliativmedizin.

**Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Anästhesie, Intensivstation und Labor**

Dies betrifft die zusätzlichen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung von speziellen Einrichtungen, einschließlich Operationssälen, Intensivstationen und Labors.

**Operationen und Anästhesie**

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen im Zusammenhang mit medizinisch notwendigen Aufwendungen, wie z. B. ärztliche Leistungen, Anästhesie und die Nutzung von Spezialeinrichtungen, sofern diese von einem Facharzt verordnet wurden.

**Ambulante Chirurgische Eingriffe anstelle einer stationären Behandlung**

Operationen, die nicht als Akutfall betrachtet werden, können in der Regel in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden und erfordern keinen stationären Aufenthalt. **Ausgenommen hiervon sind jedoch kleinere Operationen (invasive Eingriffe, die nur die Entfernung von Haut, Schleimhäuten und Bindegewebe umfassen) sowie invasive operative Eingriffe zur Entnahme von Gewebeproben oder Körperflüssigkeiten, wie Biopsien und Koloskopien.**

**Arznei- und Verbandmittel**

Arznei- und Verbandmittel müssen von einem Krankenhausarzt oder Zahnarzt im Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung verordnet werden, um erstattungsfähig zu sein. Darüber hinaus müssen die Arzneimittel in einer Apotheke, einer Krankenhausapotheke oder einer anderen behördlich zugelassenen Ausgabestelle bezogen werden.

**Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Körperpflegemittel sowie Badesalze gelten nicht als Arzneimittel und sind somit nicht im Rahmen des Versicherungsvertrags versichert.**

**Physiotherapie, inklusive Massagen**

Physiotherapie und Massagen müssen von einem Krankenhausarzt als maßgeblicher Bestandteil der stationären Heilbehandlung verordnet werden, um erstattungsfähig zu sein. Darüber hinaus müssen diese Behandlungen von einem Arzt oder einem zugelassenen, anerkannten Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung sollte vor Behandlungsbeginn vorliegen und die Diagnose sowie Angaben zur Art und Anzahl der erforderlichen Behandlungseinheiten enthalten.

**Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlungen, Elektrotherapie**

Diese physikalisch-medizinischen Leistungen müssen von einem Krankenhausarzt im Rahmen der stationären Heilbehandlung verordnet werden, um erstattungsfähig zu sein. Darüber hinaus müssen diese Therapien von einem Arzt oder einem anerkannten Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung sollte vor Behandlungsbeginn vorliegen und die Diagnose sowie Angaben zur Art und Anzahl der erforderlichen Behandlungseinheiten enthalten.

**Hilfsmittel im Rahmen einer stationären Heilbehandlung**

Der Versicherungsvertrag sieht Leistungen für diejenigen Hilfsmittel vor, die als lebensrettende Maßnahmen dienen (wie Herzschrittmacher) oder die körperliche Beeinträchtigungen kompensieren wie z. B. künstliche Gliedmaßen/Prothesen **(ausgenommen Zahnersatz).** Diese Hilfsmittel müssen während des stationären Aufenthalts angepasst bzw. eingestellt werden und sollten im oder am Körper der versicherten Person verbleiben.

Darüber hinaus erstattet der Versicherer die Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln unter den festgelegten Bedingungen während der Vertragslaufzeit.

**Angeborene Leiden**

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für angeborene Leiden. Darüber hinaus übernimmt der Versicherer Aufwendungen für Komplikationen die in diesem Zusammenhang durch künstliche Befruchtung, einschließlich Geburt, Früh- oder Mehrlingsgeburten hervorgerufen werden.

**Krebsbehandlung, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlungen, inklusive rekonstruktiver Chirurgie bei Brustkrebs**

Im Rahmen einer stationären Krankenhausversorgung sind Erstattungsfähige Aufwendungen für die medizinische Heilbehandlung von Krebs und deren unmittelbaren Folgen, inklusive diagnostischer Untersuchungen, Strahlentherapie, Chemotherapie, Arzneimittel und Krankenhauskosten im Rahmen einer stationären Behandlung versichert. Darüber hinaus sind rekonstruktive Operationen bei Brustkrebs ebenfalls versichert.

**Prophylaktische Mastektomie**

Eine prophylaktische Mastektomie ist die operative Entfernung einer oder beider Brüste, um das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, zu verringern.

Der Versicherer erstattet nur die Aufwendungen für präventive Operationen, die darauf abzielen, das Brustkrebsrisiko zu senken. Es besteht eine Wartezeit von 24 (vierundzwanzig) Monaten.

**Dialyse**

Der Versicherer übernimmt die Erstattungsfähigen Aufwendungen für Dialyse, einschließlich der notwendigen Medikamente und aller damit verbundenen Kosten. Diese Erstattungsfähigen Aufwendungen beinhalten stationäre, ambulante sowie teilstationäre Heilbehandlungen. Diese Leistung wird bis zu dem in der Leistungsübersicht angegebenen Höchstbetrag für die gesamte Lebensdauer gewährt.

**Knochenmark- und Organtransplantationen im Rahmen einer stationären Heilbehandlung**

Bei einer Knochenmark- oder Organtransplantation (z. B. Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) übernimmt der Versicherungsvertrag die medizinischen

Aufwendungen einer versicherten Person, die sowohl Empfänger als auch Spender sein kann. Der Versicherungsschutz gilt bis zu dem in der Leistungsübersicht angegebenen Höchstbetrag für die gesamte Lebensdauer.

Die Erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen die Kosten der Entnahme des Organs vom Spender, die Kosten für den Transport des Organs zum Empfänger und die möglichen Aufwendungen für den stationären Aufenthalt des Spenders. **Nicht erstattet werden jedoch die Kosten für die Suche nach einem Organ oder einem geeigneten Spender.**

**Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes**

Der Versicherungsvertrag erstattet die zusätzlichen Unterbringungskosten für den Elternteil, der ein minderjähriges Kind unter 18 (achtzehn) Jahren anlässlich einer stationären Krankenhausbehandlung begleitet.

**Häusliche Krankenpflege anstelle eines Krankenhausaufenthalts**

Der Versicherungsvertrag bietet Versicherungsschutz im Falle einer medizinisch notwendigen Krankenpflege, die zu Hause von qualifiziertem Pflegepersonal geleistet wird. Diese Option dient als Alternative zu einem medizinisch indizierten Krankenhausaufenthalt oder zur Verkürzung der Dauer einer stationären Heilbehandlung. Die häusliche Krankenpflege ist in Verbindung mit einer medizinischen Behandlung möglich und erstattungsfähig, sofern der Versicherer vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Kostenzusage erteilt hat.

**Ersatz-Krankenhaustagegeld**

In Fällen, in denen der Versicherungsnehmer auf die Kostenerstattung im Zusammenhang mit einer versicherten stationären Heilbehandlung einer versicherten Person verzichtet, zahlt der Versicherer ein Krankenhaustagegeld pro verordneten Tag im Krankenhaus. Die Höhe richtet sich nach der gewählten Tarifstufe und unterliegt den in der Leistungsübersicht angegebenen Höchstbeträgen.

**Stationäre Anschlussrehabilitation**

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für stationäre Anschlussrehabilitationen, die für die Fortsetzung einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung unerlässlich sind. Dies gilt insbesondere für Fälle wie Bypass-Operationen, Herzinfarkte, Organtransplantationen sowie Operationen an großen Knochen oder Gelenken, sofern eine vorherige schriftliche Kostenzusage durch den Versicherer vor Behandlungsbeginn erteilt wurde. Die stationäre Anschlussrehabilitation muss innerhalb von 2 (zwei) Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen. **Aufwendungen für Aufenthalte in Sanatorien, Kureinrichtungen, Kurorten, Spas, Erholungs- oder Pflegeheimen sind jedoch nicht versichert.**

**Hospiz**

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Krankenpflege, sofern eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder im Haushalt eines Angehörigen nicht möglich ist. Die Erstattung setzt voraus, dass das Hospiz bestimmte Kriterien erfüllt, u. a. die Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen Pflegekräften und Ärzten. Darüber hinaus muss das Hospiz unter der fachlichen Aufsicht einer Krankenschwester oder einer anderen ausreichend qualifizierten Person stehen, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativmedizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung bzw. Qualifikation zur verantwortlichen Pflegekraft oder für leitende Funktionen nachweisen kann. Der Versicherer übernimmt die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Krankenpflege entsprechend dem Gesundheitszustand des Patienten.

Der Versicherer gewährt Leistungen ausschließlich für eine voll- oder teilstationäre Hospizversorgung, wenn die versicherte Person an einer fortschreitenden, sich verschlimmernden oder unheilbaren Krankheit leidet, die eine stationäre Palliativbehandlung erforderlich macht und eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten hat.

Der Versicherer gewährt Hospizleistungen für verschiedene Krankheiten, darunter unter anderem:

- Krebserkrankungen im fortgeschrittenen Stadium,
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
- Erkrankungen des Nervensystems, die zu unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen führen,
- Endstadium chronischer Nieren-, Leber-, Herz-, Magen-Darm- oder Lungenerkrankungen.

**Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlungen**

Der Versicherungsvertrag berücksichtigt ambulante Krankenhausbehandlungen, die keinen Übernachtungsaufenthalt erfordern. Dies beinhaltet ebenfalls teilstationäre Behandlungen in einer Tages- oder Nachtklinik oder einem Krankenhaus, in dem der Patient am Tag oder in der Nacht anwesend ist, eine ganztägige (24-stündige) stationäre Aufnahme jedoch medizinisch nicht erforderlich ist.

In beiden Fällen beträgt die Dauer des Krankenhausaufenthalts zwischen 8 (acht) und 24 (vierundzwanzig) Stunden und darf die 24-Stunden-Grenze nicht überschreiten.

**Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall**

Der Versicherer erstattet die Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung. Sofern nichts anderes vereinbart wurde, muss die Beförderung durch einen ordnungsgemäß zugelassenen Dienstleister erfolgen.

**Stationäre Zahnbehandlung**

Der Versicherer übernimmt die Aufwendungen für komplexe oralchirurgische Eingriffe, die mit einem überdurchschnittlich hohen Risiko lebensbedrohlicher Komplikationen verbunden sind. Beispiele hierfür sind angeborene Kieferfehlbildungen (z. B. Kieferspalten), Kieferfrakturen und Tumore.

**Zahnärztliche Notfallbehandlung**

Eine stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung bezieht sich auf einen schweren Unfall, der einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht, wie z. B. die Rekonstruktion des Kiefers nach einer Unfallverletzung. Die Behandlung muss innerhalb von 24 (vierundzwanzig) Stunden nach dem Unfallereignis erfolgen. **Diese Leistung umfasst keine zahnärztliche Nachbehandlung, Zahnchirurgie, Zahnersatz oder Implantate, Kieferorthopädie oder Parodontologie.** Der behandelnde Arzt muss ausdrücklich bestätigen, dass die stationäre zahnärztliche Behandlung auf einen schweren Unfall zurückzuführen ist. Zudem muss der Vorfall durch einen entsprechenden ärztlichen oder polizeilichen Bericht belegt sein.

## Ambulante Heilbehandlung

Der Versicherungsvertrag sieht folgende Leistungen im Zusammenhang mit ambulanten Heilbehandlungen vor:

**Höchstbetrag für ambulante Leistungen**

Die Leistungen dürfen den Höchstbetrag für ambulante Heilbehandlungen nicht überschreiten, sofern in der Leistungsübersicht nichts anderes angegeben ist.

**Konsultationen und diagnostische Leistungen, inklusive Pathologie, Radiologie, CT, MRT, PET und Palliativmedizin**

Der Versicherungsvertrag bietet Versicherungsschutz für die entstandenen Aufwendungen im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen, einschließlich Untersuchungen, diagnostischen Leistungen und Therapien.

Die versicherten Leistungen beinhalten die Erstattung von verschiedenen Behandlungsmethoden, darunter unter anderem Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Palliativmedizin.

**Ambulante Operationen**

Der Versicherungsvertrag leistet für Operationen, die von einem Arzt oder in einem Krankenhaus durchgeführt werden können, die jedoch keinen stationären Aufenthalt bzw. keine anschließende Krankenhausbehandlung erfordern.

**Krebsbehandlungen, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlung**

Der Versicherungsvertrag berücksichtigt medizinisch notwendige Maßnahmen zur Untersuchung, Diagnose und Therapie im Rahmen einer ambulanten Behandlung von Krebs und direkten Folgen, inklusive Chemotherapie und anderer onkologischer Verfahren.

**Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie, Chiropraktik und traditionelle chinesische Medizin**

Der Versicherungsvertrag übernimmt Aufwendungen für Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie, Chiropraktik und traditionelle chinesische Medizin nur dann, sofern die Heilbehandlungen von Ärzten oder anderen Behandlern erbracht werden, die eine zertifizierte und angemessene Ausbildung im Behandlungsland nachweisen können und die ordnungsgemäß zugelassen oder autorisiert sind, solche Behandlungen durchzuführen. Darüber hinaus sind die Arzneimittel und Verbände, die während der entsprechenden Heilbehandlung von den Ärzten oder Behandlern verordnet werden, ebenfalls im Versicherungsschutz enthalten.

**Sprachtherapie**

Bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen übernimmt der Versicherer die Erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Übungen und Therapien zur Behandlung dieser Störungen, sofern diese Maßnahmen von einem Arzt oder einem Logopäden/Sprachtherapeuten durchgeführt werden. Versicherungsschutz gilt vorbehaltlich einer schriftlichen Kostenzusage durch den Versicherer vor Beginn der Behandlung.

**Arznei- und Verbandmittel**

Um Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen des Versicherungsvertrags zu haben, müssen Rezepte für Arznei- und Verbandmittel von einem Arzt, Heilpraktiker, Zahnarzt oder einer unter deren Aufsicht dazu befugten Person ausgestellt sein. Diese Arznei- und Verbandmittel müssen in einer Apotheke oder bei einem behördlich zugelassenen Lieferanten bezogen werden

**Produkte wie Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Körperpflegemittel sowie Badesalze gelten nicht als Arzneimittel. Sie erfüllen daher nicht die Voraussetzungen einer medizinischen Heilbehandlung im Rahmen des Versicherungsvertrags.**

**Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**

Nicht verschreibungspflichtige, rezeptfreie Arzneimittel (OTC) können ohne Rezept gekauft werden und werden gewöhnlich zur Linderung von Symptomen häufig auftretender Erkrankungen verwendet, deretwegen die versicherte Person keine ärztliche Heilbehandlung benötigt.

Der Versicherungsvertrag übernimmt die Aufwendungen für rezeptfreie Arzneimittel bis zum Höchstbetrag pro Versicherungsjahr gemäß Leistungsübersicht.

**Physiotherapie, inklusive Massagen**

Der Versicherungsvertrag berücksichtigt physikalisch-medizinische Leistungen, einschließlich Physiotherapie und Bewegungstherapie sowie Massagen, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung in Anspruch genommen und von einem Arzt oder einem qualifizierten und zertifizierten Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung muss vor Behandlungsbeginn vorgelegt werden und die Diagnose sowie die Art und Anzahl der erforderlichen Behandlungseinheiten enthalten.

**Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie**

Der Versicherungsvertrag berücksichtigt physikalisch-medizinische Leistungen wie Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmetherapie, Elektrotherapie und Bewegungstherapie, sofern diese von einem Arzt oder einem zertifizierten Therapeuten durchgeführt und von einem Arzt im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung verordnet werden. Die Verordnung muss vor Behandlungsbeginn ausgestellt werden und die Diagnose sowie die Art und Anzahl der erforderlichen Behandlungseinheiten enthalten.

**Hilfsmittel im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung**

Der Versicherungsvertrag erstattet Hilfsmittel, sofern sie von einem Arzt verordnet werden. Die Erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen Kosten für künstliche Glieder und Organe sowie orthopädische und andere Hilfsmittel, die zur Vorbeugung oder Linderung von körperlichen Behinderungen dienen.

Als Hilfsmittel im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung gelten Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehhilfen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, künstliche Gliedmaßen und Prothesen **(ausgenommen Zahnprothesen),** Liege- und Sitzschalen, orthopädische Arm-, Bein- sowie Rumpfstützapparate.

Perücken und Prothesen-BHs für Frauen, die sich einer Krebsbehandlung unterziehen, sind im Rahmen des Versicherungsvertrags erstattungsfähig, wobei die Höhe der Erstattung vom gewählten Tarif und dem entsprechenden Höchstbetrag gemäß Leistungsübersicht abhängt. Alle anderen Hilfsmittel sind nur dann erstattungsfähig, wenn sie vorab schriftlich vom Versicherer zugesagt werden.

Aufwendungen für eine angemessene Instandhaltung, wie z. B. eine jährliche Wartung oder den Austausch von Batterien, sowie Reparaturen von Hilfsmitteln sind im Rahmen dieser Bestimmungen erstattungsfähig. **Ausgaben für Hygieneartikel, wie z. B. Inkontinenzeinlagen und Massagegeräte, sowie deren Gebrauch und Wartung sind jedoch vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.**

**Podologie**

Der Versicherer übernimmt die Erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige podologische Heilbehandlungen. Um anspruchsberechtigt zu sein, müssen diese Leistungen von einem Arzt verordnet werden. Zudem muss die Verordnung vor Behandlungsbeginn ausgestellt werden und die Diagnose, die Art der Erkrankung und die erforderliche Anzahl der Behandlungseinheiten ausweisen.

**Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall**

Der Versicherer erstattet die Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Aufwendungen für den Notfalltransport zum nächsterreichbaren, geeigneten Arzt, Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung nach einem Unfall oder Notfall. Sofern nichts anderes vereinbart wurde, müssen die Transportleistungen von einem ordnungsgemäß zugelassenen Dienstleister durchgeführt werden.

**Unfruchtbarkeitsbehandlung**

Im Rahmen des festgelegten Leistungsumfangs und nach vorheriger schriftlicher Kostenzusage erstattet der Versicherer die Aufwendungen für verschiedene Landesübliche, Allgemeingültige und Angemessene

diagnostische Maßnahmen, Behandlungen und Therapien zur Erhöhung der Fruchtbarkeit. Dies beinhaltet ebenfalls Maßnahmen zur Vermeidung künftiger Fehlgeburten, Untersuchungen von Fehlgeburten und künstlicher Befruchtung sowie damit verbundene Komplikationen. Die Erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen:

- Diagnostische Untersuchungen, Beratungen, Tests sowie invasive Verfahren wie Hysterosalpingogramm, Bauchspiegelung oder Hysteroskopie,
- Laboruntersuchungen,
- Verschreibungspflichtige medikamentöse Behandlungen (einschließlich Ovulationsstimulation),
- Invitro-Fertilisation (IVF),
- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI),
- Künstliche Befruchtung (AI).

Darüber hinaus gewährt der Versicherer nur dann Leistungen, wenn:

- die Frau zum Zeitpunkt der Behandlung, insbesondere am ersten Stimulationstag jedes Behandlungszyklus oder am ersten Zyklustag bei einer Befruchtung ohne Hormonstimulation, unter 40 (vierzig) Jahre und der Mann unter 50 (fünfzig) Jahre alt ist.
- die Unfruchtbarkeit der versicherten Person organisch bedingt und nur mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung behandelbar ist.
- eine medizinische Beurteilung eine signifikante Erfolgswahrscheinlichkeit von über 15 (fünfzehn) % für die gewählte Methode ergeben hat und
- sowohl der Mann als auch die Frau, die von der Behandlung profitieren, versicherte Personen sind und Anspruch auf eine Behandlung gemäß dem gewählten Tarif haben.

Es besteht eine Wartezeit von 24 (vierundzwanzig) Monaten.

## Mentale Gesundheit und Prävention

### Stationäre Behandlungen

#### Psychiatrische Leistungen

Aufwendungen für psychiatrische Leistungen im Rahmen einer stationären medizinischen Heilbehandlung sind versichert, sofern der Versicherer vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Kostenzusage erteilt hat. Es besteht eine Wartezeit von 10 (zehn) Monaten.

#### Stationäre Psychotherapie

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für Psychotherapie als Bestandteil einer stationären Heilbehandlung, sofern die Behandlung von einem Psychiater, Psychotherapeuten oder einem Arzt mit einer Fachausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird. Für die Übernahme der Kosten einer stationären Psychotherapie ist vor Behandlungsbeginn die schriftliche Kostenzusage des Versicherers erforderlich. Es besteht eine Wartezeit von 10 (zehn) Monaten.

### Ambulante Behandlungen

#### Psychiatrische Leistungen

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für ambulante psychiatrische Behandlungen nur, wenn vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Kostenzusage erteilt wurde. Psychiatrische Behandlungen werden von Psychiatern durchgeführt. Hierbei handelt es sich um Ärzte mit speziellen Aus- und Weiterbildungen im Bereich der psychischen Gesundheit, welche über die Fähigkeiten und Fachkenntnisse verfügen, um psychische und physische Probleme im Zusammenhang mit psychischen Störungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Es besteht eine Wartezeit von 10 (zehn) Monaten.

#### Ambulante Psychotherapie

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen einer ambulanten Psychotherapie, sofern die Heilbehandlung von einem Psychiater, Psychotherapeuten oder einem Arzt mit zusätzlicher Ausbildung in den Fachgebieten Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse

durchgeführt wird. Psychotherapie ist eine kooperative und interaktive Behandlungsmethode, die sich auf den Dialog konzentriert und von der Beziehung zwischen einer Person und einem Psychologen abhängt. Versicherungsschutz besteht nur, sofern eine schriftliche Kostenzusage durch den Versicherer vor Behandlungsbeginn erteilt wurde. Es besteht eine Wartezeit von 10 (zehn) Monaten.

**Routinemäßige Gesundheits- oder Vorsorgeuntersuchungen ohne klinische Symptome**

Der Versicherungsvertrag umfasst routinemäßige Gesundheits- bzw. Vorsorgeuntersuchungen, die durchgeführt werden, ohne dass klinische Symptome vorliegen. Diese Untersuchungen werden altersabhängig durchgeführt, um Anomalien oder Krankheiten zu erkennen. Diese umfassen folgende Untersuchungen:

- Vitalzeichen (Blutdruck, Puls, Atmung, Temperatur),
- Lipidprofil,
- kardiovaskuläre Untersuchung,
- neurologische Untersuchung,
- Krebsvorsorgeuntersuchung,
- pädiatrische Vorsorgeuntersuchung,
- Diabetes-Test,
- HIV- und AIDS-Test,
- gynäkologische Vorsorgeuntersuchung.

**Schutzimpfungen und Immunisierungen**

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für Schutzimpfungen und empfohlene prophylaktische Maßnahmen für das Aufenthaltsland der versicherten Person. Diese Leistung umfasst sowohl die ärztlichen Kosten zur Verabreichung der Impfung als auch die Aufwendungen für den Impfstoff selbst.

**Ernährungsberatung**

Der Versicherungsvertrag übernimmt die Erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Konsultationen mit einem Ernährungsberater, sofern eine Erkrankung diagnostiziert wurde, bei der eine Ernährungsberatung zur wirksamen Behandlung nützlich sein könnte. Zu diesen Erkrankungen zählen Krebs, Essstörungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Herzerkrankungen sowie Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder -allergien. Voraussetzung für die Erstattung dieser Leistung ist, dass sie von einem Arzt verordnet wird und die Verordnung vor Behandlungsbeginn ausgestellt wird. Die Verordnung sollte die Diagnose, die Art der Erkrankung sowie die erforderliche Anzahl der Behandlungseinheiten enthalten.

## Schwangerschaftsleistungen

**Stationäre Behandlungen**

**Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder einer Geburtshelferin im Krankenhaus**

Der Versicherer übernimmt die Erstattungsfähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit Entbindung, Schwangerschaft oder schwangerschaftsbedingten Erkrankungen, die in einem Krankenhaus, einem Entbindungsheim oder einer vergleichbaren Einrichtung entstanden sind. Dazu zählen ebenfalls die Aufwendungen für häusliche Pflege aufgrund von Schwangerschaft oder damit verbundenen Erkrankungen sowie für Hebammen oder Entbindungspfleger.

Hebammenleistungen während der Entbindung werden nur bei einer von einer Hebamme geleiteten Geburt übernommen. **Separate Arztkosten werden in diesen Fällen nicht übernommen, es sei denn, diese wurden während der Geburt durch das Eintreten von Komplikationen erforderlich.** Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege wird auch nach einer stationären Entbindung erstattet, sofern die Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb von 24 (vierundzwanzig) Stunden erfolgt. Der Versicherer erstattet diese Aufwendungen für bis zu 5 (fünf) aufeinanderfolgende Tage nach der Entbindung.

Bei nicht medizinisch notwendigen Kaiserschnitten besteht Versicherungsschutz bis zu den Aufwendungen einer erstattungsfähigen Routinegeburt im selben Krankenhaus, maximal jedoch bis zum Höchstbetrag gemäß Leistungsübersicht des gewählten Tarifs. Es besteht eine Wartezeit von 12 (zwölf) Monaten.

**Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen**

Der Versicherer übernimmt die Erstattungsfähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit Frühgeburten, Fehlgeburten, medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen, Totgeburten, Eileiterschwangerschaften, Blasenmolen, Kaiserschnittentbindungen, postpartalen Blutungen, Plazentaretention und Komplikationen, die sich aus diesen Krankheitsbildern ergeben. Es besteht eine Wartezeit von 12 (zwölf) Monaten.

**Neugeborenenpflege**

Der Versicherungsvertrag für Neugeborene übernimmt die Behandlungen von routinemäßigen und akuten Erkrankungen, die innerhalb der ersten 30 (dreißig) Tage nach der Geburt auftreten. Diese Behandlungen sind ausschließlich unter der „Leistung der Neugeborenenpflege" abgedeckt und können nicht im Rahmen einer anderen Leistungskategorie des Vertrags berücksichtigt werden.

Angeborene Erkrankungen sowie Komplikationen infolge einer künstlichen Befruchtung oder Geburt, einschließlich aber nicht beschränkt auf Früh- oder Mehrlingsgeburten, sind Bestandteil der Leistung „Angeborene Leiden" des Versicherungsvertrags für Neugeborene.

**Ambulante Behandlungen**

**Schwangerschaftsvorsorge und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder einer Geburtshelferin**

Der Versicherer übernimmt die Erstattungsfähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder schwangerschaftsbedingten Erkrankungen, inklusive der üblichen routinemäßigen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und -tests. Erstattet werden ebenfalls alle medizinisch notwendigen diagnostischen Tests, einschließlich Amniozentese und Chorionzottenbiopsie (CVS), **jedoch nicht NIPT und alle anderen Formen von genetischen Tests.**

In Ländern, in denen die routinemäßige pränatale Betreuung üblicherweise von einer zugelassenen Hebamme durchgeführt wird, sind die Leistungen der Hebamme erstattungsfähig. Die Erstattung entsprechender Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen ist nur dann möglich, wenn für die gleichen Leistungen keine Kosten von einem Arzt in Rechnung gestellt wurden.

Zusätzlich übernimmt der Versicherer 12 (zwölf) Hausbesuche einer Hebamme nach der Geburt pro Schwangerschaft. **Doula-Leistungen, Geburtsvorbereitskurse sowie Rückbildungsgymnastik sind jedoch nicht erstattungsfähig.** Es besteht eine Wartezeit von 12 (zwölf) Monaten.

**Schwangerschaft- und Geburtskomplikationen**

Der Versicherer übernimmt die Erstattungsfähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit Frühgeburten, Fehlgeburten, medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen, Totgeburten, Eileiterschwangerschaften, Blasenmolen, Kaiserschnittentbindungen, postpartalen Blutungen, Plazentaretention und Komplikationen, die sich aus diesen Krankheitsbildern ergeben. Es besteht eine Wartezeit von 12 (zwölf) Monaten.

**Pauschalzahlung bei ambulanten Entbindungen**

Eine ambulante Entbindung liegt bei einer Hausgeburt vor oder wenn die Entlassung aus dem Krankenhaus, der Entbindungsklinik oder einer vergleichbaren Einrichtung innerhalb von 24 (vierundzwanzig) Stunden nach der Entbindung erfolgt. Der Versicherer gewährt die Entbindungspauschale je Neugeborenem nach Vorlage der Geburtsurkunde und gegebenenfalls einer Bescheinigung des Leistungserbringers über die Dauer des Aufenthalts. Es besteht eine Wartezeit von 12 (zwölf) Monaten.

## Sehhilfen und zahnärztliche Heilbehandlung

**Sehhilfen, inklusive Sehtest**

Der Versicherer übernimmt die Aufwendungen für Brillen, Brillenfassungen und Gläser, einschließlich Kontaktlinsen oder Sonnenbrillen mit Sehstärke, sowie eine Refraktionsbestimmung pro Versicherungsjahr. Ändert sich die Sehstärke der versicherten Person während des Versicherungsjahres um mindestens 0,5 Dioptrien, entsteht hieraus ein erneuter Leistungsanspruch.

**Zahnbehandlungen**

**Höchstbetrag für zahnärztliche Leistungen**

Die Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlungen dürfen den Höchstbetrag für zahnärztliche Leistung nicht überschreiten, sofern in der Leistungsübersicht nichts anderes angegeben ist.

**Zahnärztliche Leistungen**

Der Versicherungsvertrag sieht folgende Leistungen vor:

**Vorsorgeuntersuchungen**

Der Versicherungsvertrag erstattet routinemäßige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und des Kiefers.

Allgemeine zahnärztliche Leistungen, darunter:

- Röntgenuntersuchung,
- Intraorale Infiltrations- oder Leitungsanästhesie in Verbindung mit zahnärztlichen Leistungen.

Prophylaktische Leistungen, darunter:

- Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren,
- professionelle Zahnreinigung,
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung,
- lokale Fluoridierung bei Minderjährigen,
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren bei Minderjährigen.

Konservierende Leistungen, darunter:

- Präparieren einer kariösen Kavität und einfachen Restauration,

- Wurzelkanalaufbereitung in Verbindung mit einer anschließenden einfachen konservativen Restauration.

Chirurgische Leistungen, darunter:
- Entfernung eines Zahnes,
- Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes,
- Hemisektion oder Teilentfernung,
- Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahnes durch Osteotomie,
- Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixierung,
- Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe,
- Resektion einer Wurzelspitze und Zystektomie.

Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, darunter:
- Erstellung und Dokumentation eines Parodontalstatus,
- Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen,
- Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) geschlossener Eingriff; erst ab einer Taschentiefe von mehr als 3 (drei) Millimetern,
- Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik; erst ab einer Taschentiefe von mehr als 5 (fünf) Millimetern und vorheriges durchgeführtes geschlossenes Verfahren.

Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen darunter:
- Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche,
- Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche,
- Kontrolle oder Wiederherstellung eines Aufbissbehelfs durch additive oder subtraktive Maßnahmen.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen darunter:
- klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation,
- Registrierung der gelenkbezogenen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung (Anlegen eines Übertragsungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator).

**Umfassende zahnärztliche Behandlung**

**Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für ambulante umfassende zahnärztliche Heilbehandlungen nur, wenn vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Kostenzusage erteilt wurde.**

Die im Rahmen des Versicherungsvertrags Erstattungsfähigen Aufwendungen für umfassende zahnärztliche Heilbehandlungen sind:

Prothetische Leistungen, darunter:
- Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich einer Auswertung zur Diagnose oder Planung,
- Erstellung eines schriftlichen Heil-und Kostenplans bei prothetischer Behandlung,
- Vorbereitung eines zerstörten Zahns mit plastischem Aufbaumaterial auch mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone,
- Inlay/Onlay,
- adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone),
- Versorgung eines Zahnes mit einer Voll- oder Teilkrone,
- Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde,
- provisorische Kronen/Brücken,
- Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese,
- Teleskopkrone und Teleskopprothese,
- Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese.

Implantologische Leistungen, darunter:
- implantatbezogene Analyse,
- Verwenden einer Orientierungsschablone/ Positionierungsschablone zur Implantation,
- Implantatinsertion; bis zu vier Implantate pro Kiefer und der darauf zu befestigende Zahnersatz,
- Freilegung eines Implantats,
- Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/ oder Knochenersatzmaterial),
- Sinusbodenelevation.

Vor- und Nachbehandlungen, z. B. Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnersatz, werden analog der

Aufwendungen erstattet, in deren Zusammenhang sie verordnet oder erbracht werden.

**Kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres**

Der Versicherungsvertrag bietet Versicherungsschutz für kieferorthopädische Behandlungen für Kinder, die vor Vollendung des 18. (achtzehnten) Lebensjahres durchgeführt wurden und Metallzahnspangen sowie Retainer verwenden, sofern vorab ein Heil- und Kostenplan bzw. ein Kostenvoranschlag eingereicht wird. Die Entscheidung darüber, ob die Behandlung medizinisch notwendig ist, wird vom Versicherer auf der Grundlage des Index of Orthodontic Treatment Needs (IOTN) der Britischen Gesellschaft für Kieferorthopäden (British Orthodontic Society) beurteilt. **Der Versicherer übernimmt jedoch keine Aufwendungen, die über die vorher genannten Leistungen hinausgehen, einschließlich spezieller Zahnspangen wie Lingualbrackets oder durchsichtiger Aligner wie Invisalign.**

**Heil- und Kostenplan**

Vor Behandlungsbeginn muss der Arzt oder Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan anfertigen und die damit verbundenen Aufwendungen ausweisen, insbesondere dann, wenn Zahnersatz, umfangreiche Sanierungsmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlungen vorgesehen sind. Anschließend wird die versicherte Person vom Versicherer über den Erstattungsumfang der entsprechenden Aufwendungen informiert.

**Zahnärztliche Leistungen nach einem Unfall**

Volle Kostenerstattung bis zum Höchstbetrag wird gewährt, wenn die versicherte Person eine zahnärztliche Behandlung aufgrund einer unfallbedingten Verletzung der Zähne benötigt, die durch direkte äußere Einwirkung auf den Kopf, wie z. B. Stürze oder andere Unfälle, die durch äußere Krafteinwirkung zu Verletzungen führen, verursacht wurden. **Verletzungen, die durch Essen, Trinken, Beißen, Kauen, Zusammenbeißen oder Knirschen der Zähne entstehen, sind nicht versichert.** Der Zahnarzt muss auf der Rechnung ausdrücklich bestätigen, dass die Behandlung Folge eines Unfalls ist. Zusätzlich ist ein Nachweis des Unfalls durch ein ärztliches Attest oder einen Polizeibericht erforderlich.

Es bestehen keine Wartezeiten.

**Zahnärztliche Ausschlüsse**

**Die folgenden zahnärztlichen Leistungen sind nicht versichert:**

- **Fluoridierung der Zahnoberfläche und Fissurenversiegelung bei Erwachsenen,**
- **Veneers, einschließlich partieller Frontzahnkronen,**
- **Bleaching oder andere verwandte kosmetische und ästhetische Leistungen,**
- **Sedierung/Anästhesie,**
- **Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen wie z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlafnarkose.**

**Ausnahmsweise werden die vorgenannten Maßnahmen in folgenden Fällen übernommen:**

- Bei Kindern bis zum Alter von 12 (zwölf) Jahren, wenn bei ihnen von einem qualifizierten Facharzt eine Angststörung diagnostiziert wurde,
- zusätzlich bei Versagen der Lokalanästhesie,
- Behandlung unter Lokalanästhesie erscheint aufgrund einer schweren psychischen und/oder physischen Beeinträchtigung des Patienten nicht möglich.

## Medizinische Assistance

Tritt ein Versicherungsfall oder Notfall ein, kann die versicherte Person die Leistungen des Service Centers des Versicherers, je nach Art und Umfang des gewählten Tarifs, in Anspruch nehmen.

Mit dem Service- und Assistance-Netzwerk des Versicherers mit erfahrenen Partnern vor Ort bietet der Versicherer den versicherten Personen weltweit individuelle Unterstützung sowie umfassende und kompetente Beratung in jeder Situation.

Dieses Netzwerk ist in mehr als 180 Ländern verfügbar und bietet hervorragende Unterstützung, Zuverlässigkeit und Service.

Die Leistungen der Service Center sind 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche und 365 Tage im Jahr verfügbar.

Benötigt eine versicherte Person Hilfe, erreicht sie den Versicherer jederzeit, Tag und Nacht, unter der in den Versicherungsunterlagen angegebenen Nummer. Sobald der Versicherungsschutz gemäß Versicherungsvertrag endet, erlischt auch der Anspruch auf diese Serviceleistungen.

**24-stündiger Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten**

Medizinische Assistance ist an jedem Tag des Jahres rund um die Uhr per E-Mail oder über die Hotline der medizinische Serviceleistungen erreichbar.

**Medizinischer Kranken- und Rücktransport**

Dieser Service umfasst einen medizinisch begründeten und notwendigen Krankentransport innerhalb des Aufenthaltslandes oder an einen grenzüberschreitenden Ort, wenn die stationäre medizinische Versorgung oder die hygienischen Standards im örtlichen Krankenhaus als unzureichend erachtet werden. Der Service umfasst ebenfalls die Kostenerstattung einer medizinisch notwendigen Begleitung während des Transports.

Der Versicherer übernimmt die Transportkosten eines Patienten unter folgenden Bedingungen:

- Der Kranken- bzw. Rücktransport muss vom behandelnden Arzt verordnet und als medizinisch notwendig erachtet werden.
- Der Versicherer oder das zuständige Service Center muss der Kostenerstattung vorher zugestimmt haben.

Nach Rücksprache mit dem Versicherer oder dem zuständigen Service Center und dem behandelnden Arzt erfolgt der Transport der versicherten Person (innerhalb der gewählten geografischen Zielregion):

- An einen für die Heilbehandlung geeigneteren Ort in einem Drittland.
- In das Aufenthaltsland der versicherten Person, wenn der Versicherungsfall außerhalb dieses Landes eingetreten ist.
- In das Ausreise- oder Heimatland der versicherten Person.

Sofern es medizinisch erforderlich ist, organisiert der Versicherer auch die ärztliche Begleitung der versicherten Person während der Reise. Der Versicherer übernimmt lediglich die Aufwendungen für den Transport an einen geeigneten Behandlungsort.

**Informationen über die medizinische Infrastruktur**

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls oder eines Notfalls informiert der Versicherer oder das zuständige Service Center die versicherte Person über die vor Ort verfügbare medizinische Versorgung. Informationen zu Ärzten, Krankenhausärzten, Krankenhäusern und spezialisierten medizinischen Facheinrichtungen in der Nähe der versicherten Person können in Englisch, Deutsch, Französisch und Spanisch zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus kann bei einer medizinisch notwendigen Verlegung oder einem Behandlerwechsel Unterstützung und Hilfe bei der Auswahl eines geeigneten Behandlungsortes angeboten werden.

**Betreuung und Information, inklusive Zweitmeinung (Second Opinion)**

Die versicherte Person kann sich jederzeit telefonisch an den Versicherer oder das zuständige Service Center wenden, wenn sie vor Ort medizinische Betreuung benötigt. Auf Wunsch der versicherten Person kann der Versicherer oder das zuständige Service Center, sofern dies möglich ist, die Angehörigen der versicherten

Person über den Eintritt eines Versicherungsfalls oder Notfalls informieren.

Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen oder schweren dauerhaften Beeinträchtigungen der Gesundheit hat die versicherte Person die Möglichkeit, direkt eine Zweitmeinung von einem anderen Arzt einzuholen oder, falls erforderlich, diese über den Versicherer oder das zuständige Service Center einholen zu lassen. Bei der Planung einer Krankenhausaufnahme oder -entlassung im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung unterstützt der Versicherer oder das zuständige Service Center die versicherte Person.

Bei Fällen, die eine stationäre Heilbehandlung erfordern, kann der Krankheitsverlauf durch Ärzte beobachtet werden, die mit dem Versicherer oder dem zuständigen Service Center zusammenarbeiten. Diese Beobachtung erstreckt sich auch auf ambulante Heilbehandlungen, die einen Krankenhausaufenthalt ersetzen sollen.

**Kostenübernahmegarantie**

Im Falle eines Notfalls, der eine stationäre Behandlung erforderlich macht, muss die versicherte Person unverzüglich den Versicherer oder das zuständige Service Center benachrichtigen. Bei einer geplanten stationären Heilbehandlung oder Operation, die als ambulante Behandlung anstelle eines Krankenhausaufenthaltes möglich ist, muss die versicherte Person den Versicherer oder das zuständige Service Center mindestens 7 (sieben) Tage vor der geplanten Krankenhausaufnahme benachrichtigen. Nur so kann der Versicherer oder das zuständige Service Center bei einer geplanten stationären Heilbehandlung oder bei einer stationären Notfallbehandlung die Erstellung einer Kostenübernahmegarantie an die Ärzte bzw. das Krankenhaus sowie die Erledigung aller Formalitäten gewährleisten.

Zu diesen Formalitäten gehört die medizinische Prüfung der Rechnungen, um deren Übereinstimmung mit den Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Standards sicherzustellen. Darüber hinaus stimmt der Versicherer mit dem Krankenhaus den Rechnungsversand und die Zahlungsmodalitäten ab und bemüht sich um die Organisation einer Direktabrechnung. In solchen Fällen wird die versicherte Person schriftlich oder per E-Mail vom Versicherer oder dem zuständigen Service Center über die Vorgehensweise informiert.

Wenn der Versicherer oder das zuständige Service Center nicht im Voraus oder im Falle eines Notfalls unverzüglich informiert wird, kann dies dazu führen, dass der Versicherer die Leistungsansprüche nicht in voller Höhe berücksichtigen kann.

**Überführung der sterblichen Überreste**

Ereignet sich ein Todesfall im Ausland, kann der Versicherer oder das zuständige Service Center folgende Unterstützungsleistungen erbringen:

- Beschaffung der Sterbeurkunde oder des Unfallberichts, soweit dies gesetzlich zulässig ist.
- Kontaktaufnahme mit ausländischen Behörden und Konsulaten.
- Ermittlung der Hinterbliebenen, die zur Entscheidung über die Überführung oder Einäscherung des Verstorbenen berechtigt sind.
- Erledigung aller Formalitäten für die Überführung, Einäscherung oder eine Bestattung vor Ort gemäß den Bestimmungen des jeweiligen Landes.

Der Versicherer erstattet:

- Die unmittelbaren Kosten einer Überführung der sterblichen Überreste in das Ausreise- oder Heimatland, einschließlich aller damit verbundenen Formalitäten. Dies umfasst auch die Kosten eines Familienangehörigen, der mit den sterblichen Überresten reist, wenn er den Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes begleitet hat.
- Die Kosten für die Überführung der Urne in das Ausreise- oder Heimatland, wenn der Verstorbene im Aufenthaltsland eingeäschert wurde. Dies schließt ein Familienmitglied ein, das mit den sterblichen Überresten reist, wenn es den Verstorbenen zum Zeitpunkt seines Todes begleitet hat.

**Die Bestattungskosten als solche sind jedoch nicht erstattungsfähig.**

**Zusätzliche medizinisch sinnvolle Unterstützung**

Unabhängig davon, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist oder nicht, erteilt der Versicherer oder das zuständige Service Center auf Wunsch der versicherten Person allgemeine Informationen über

das Reiseziel, die örtlichen Gepflogenheiten und die erforderlichen Formalitäten. Außerdem werden medizinische Informationen, einschließlich Impf- sowie ärztlicher Beratungen per Telefon, zur Vorbereitung der Reise, angeboten. Darüber hinaus werden Hinweise zum Inhalt einer persönlichen Reiseapotheke gegeben.

Tritt ein Versicherungsfall ein, erteilt der Versicherer oder das zuständige Service Center allgemeine Auskünfte über die Art, die möglichen Ursachen und die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung. Des Weiteren werden die verwendeten medizinischen Fachbegriffe erläutert und Auskünfte über Medikamente sowie deren mögliche Neben- und Wechselwirkungen erteilt.

Bei ambulanten Heilbehandlungen koordiniert und überwacht der Versicherer oder das zuständige Service Center die Behandlung und den Behandlungsfortschritt, organisiert gegebenenfalls Arzt-zu-Arzt Gespräche und zusätzliche Unterstützung.

**Online-Services**

Die versicherte Person ist dazu berechtigt, die speziellen Online-Services im entsprechenden Online-Mitgliederbereich zu nutzen.

**Zusätzliche Assistance**

**Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige**

Die folgenden Dienstleistungen sind enthalten:

- Wenn die versicherte Person aufgrund eines medizinischen Notfalls stationär behandelt werden muss, sei es im Aufenthaltsland oder während einer Urlaubs- oder Geschäftsreise, organisiert der Versicherer oder das zuständige Service Center einen Besuch eines Familienangehörigen, wenn der Krankenhausaufenthalt länger als 7 (sieben) Tage andauert. Es werden Vorkehrungen getroffen, damit ein Familienangehöriger zum Krankenhaus und wieder nach Hause reisen kann.
- Wenn eine versicherte Person aufgrund einer schweren Erkrankung, eines Unfalls oder des Todes eines Familienangehörigen zur Rückkehr in ihr Heimatland gezwungen ist, erstattet der Versicherer oder das zuständige Service Center die Kosten bis zu den festgelegten Höchstbeträgen.

Diese Leistung, die als „Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige" bezeichnet wird, übernimmt die Reisekosten (z. B. Zugticket 1. Klasse und/oder Flugticket in der Economy-Class) für Familienangehörige, die entweder in das Wohnsitzland der versicherten Person, den Ort der Krankenhausbehandlung oder den Bestattungsort im Heimatland reisen. Schwere Krankheiten und schwere Unfälle sind definiert als solche, die eine lebensbedrohliche Gefahr für den Familienangehörigen darstellen. Im Sinne dieser Deckung gelten als Verwandte der Ehepartner oder Lebenspartner sowie die Eltern und Kinder der versicherten Person. Die Erstattung der Rücktransportkosten aufgrund einer schweren Erkrankung oder eines schweren Unfalls setzt die vorherige Kontaktaufnahme mit dem Versicherer oder dem zuständigen Service Center voraus. Darüber hinaus werden Transportkosten aufgrund eines Todesfalls nur gegen Vorlage der Sterbeurkunde erstattet.

**Krankentransport und Rücktransport in das Aufenthaltsland**

Der Versicherer übernimmt die Transportkosten (Bahnfahrt 1. Klasse, Flug in der Economy-Class) bis zum Höchstbetrag gemäß Leistungsübersicht, jedoch

nur, wenn die versicherte Person zuvor den Versicherer oder das zuständige Service Center kontaktiert hat.

**Verzögerte Rückreise**

Wenn die Rückreise einer versicherten Person aus dem Wohnsitzland aufgrund eines medizinischen Notfalls verschoben werden muss und sie reiseunfähig ist, übernimmt der Versicherer die zusätzlichen Kosten für die Änderung der Hotelunterkunft und der Flugbuchung bis zu dem im Leistungsumfang angegebenen Höchstbetrag.

**Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente**

Ist eine versicherte Person auf die Versorgung mit lebensnotwendigen Medikamenten angewiesen, die im Aufenthaltsland jedoch nicht erhältlich sind, kann sie den Versicherer oder das zuständige Service Center bitten, diese gesetzlich zugelassenen Medikamente zu beschaffen und zu versenden, sofern deren Einfuhr nicht gesetzlich untersagt ist.

**Organisation des Rücktransports oder der Betreuung von Kindern**

Wenn aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Elternteile im Aufenthaltsland erforderlich werden sollte, organisiert der Versicherer für die Dauer der stationären Heilbehandlung eine Kinderbetreuung durch einen Betreuungssdienst. Wenn beide Elternteile während einer Urlaubsreise (bis zu 6 (sechs) Wochen) einen medizinischen Notfall erleiden und stationär behandelt werden müssen, hat die versicherte Person Anspruch auf den begleiteten Rücktransport des Kindes (unter 18 (achtzehn) Jahren) in das Aufenthaltsland.

**Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstehenden psychischen Problemen**

Führt der Auslandsaufenthalt bei der versicherten Person zu einer psychischen Konfliktsituation, bietet der Versicherer oder das zuständige Service Center psychologisch-therapeutische Hilfe per Telefon an und vermittelt bei Bedarf auch eine geeignete Betreuung bzw. Unterstützung vor Ort.

**Vermittlung von Hilfe bei rechtlichen Schwierigkeiten**

Der Versicherer oder das zuständige Service Center kann der versicherten Person weltweit Rechtsanwälte oder Sachverständige nennen, die der englischen, deutschen, französischen oder spanischen Sprache mächtig sind. Bei Bedarf kann das Service Center eine Vorauszahlung für Anwaltskosten, Gerichtskosten oder Kautionen ermöglichen. Es ist wichtig zu beachten, dass die Vorauszahlung nicht direkt vom Versicherer oder dem Service Center erbracht wird, sondern stellt den Kontakt mit Banken oder Verwandten her und hilft gegebenenfalls beim Geldtransfer.

**Telemedizin**

Der Versicherer stellt allen versicherten Personen den Zugang zu telemedizinischen Leistungen zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit einem Drittanbieter stellt der Versicherer eine kostenlose App, die sowohl auf iOS- als auch auf Android-Geräte nutzbar ist, zur Verfügung. Zugang erhalten alle versicherten Personen ab 18 (achtzehn) Jahren, die aktiv über den Versicherungsvertrag versichert sind und vorab der Verarbeitung ihrer persönlichen Daten zugestimmt haben. Es werden strenge Sicherheitsmaßnahmen zum Schutz des Zugangs und der Daten eingesetzt, um potenzielle Sicherheitsverletzungen zu verhindern.

Die verfügbaren Dienstleistungen umfassen telefonische Beratung sowie Video- und Chatberatung in Englisch, Deutsch und Spanisch. Diese Dienste sind rund um die Uhr an 7 (sieben) Tagen in der Woche verfügbar.

# 4. Tarif

Der Versicherungsbeitrag wird nach dem Ausfüllen des Antragsformulars unter Berücksichtigung von Faktoren wie dem Aufenthaltsland festgelegt.

**1. Wechsel von Zielregion II zu Zielregion I:**

Ändert sich das Aufenthaltsland während der Laufzeit des Vertrags, in dem ursprünglich für die Zielregion II Versicherungsschutz vereinbart wurde und führt dies zu einem Übergang in die Zielregion I, gelten die entsprechenden Beiträge für Zielregion I – weltweit einschließlich der USA – mit sofortiger Wirkung.

**2. Wechsel von Zielregion I zu Zielregion II:**

Ändert sich das Aufenthaltsland während der Laufzeit des Vertrags, in dem ursprünglich für die Zielregion I Versicherungsschutz vereinbart wurde und führt dies zu einem Übergang in die Zielregion II, gelten die entsprechenden Beiträge für Zielregion II ab dem nächsten Versicherungsjahr. Die Beiträge für den Versicherungsschutz in den USA sind bis zu diesem Zeitpunkt weiterhin zu zahlen.

Sollte die versicherte Person nach einem Geburtstag in eine andere Altersgruppe wechseln, wird der entsprechende Beitrag bei der nächsten Vertragsverlängerung unter Berücksichtigung der neuen Altersgruppe angepasst.

Die entsprechenden Anpassungen erfolgen gemäß den Vorgaben der Versicherungsbedingungen sowie den geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Der für den Versicherungsvertrag geltende Beitrag ist entweder auf der Rechnung oder in den Besonderen Versicherungsbedingungen (falls zutreffend) aufgeführt.

# 5. Leistungsausschlüsse

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für die folgenden Behandlungen oder Erkrankungen im Rahmen des Versicherungsvertrags, sofern diese nicht ausdrücklich in der Leistungsübersicht oder in einem anderen schriftlichen Nachtrag zum Versicherungsvertrag aufgeführt sind.**

**Pflegeheim**

**Der Versicherungsvertrag übernimmt keine Aufwendungen für den Aufenthalt zu Hause oder für eine nicht-medizinische Pflege zu Hause, in einem Erholungsheim, einer psychiatrischen Anstalt oder ähnlichen Einrichtungen.**

**Handlungen entgegen ärztlichem Rat**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Behandlungen, die darauf zurückzuführen sind, dass die versicherte Person keinen ärztlichen Rat eingeholt bzw. diesen nicht befolgt hat oder entgegen ärztlichem Rat gereist ist.**

**Komplikationen aufgrund von ausgeschlossenen Leistungen**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Komplikationen, die in direktem Zusammenhang mit einer Krankheit, einer Verletzung oder einer Behandlung stehen, die ausgeschlossen oder nur eingeschränkt versichert sind.**

**Kosmetische und plastische Chirurgie**

**Aufwendungen für kosmetische oder plastische Operationen und Heilbehandlungen werden nicht erstattet.**

**Entziehungsmaßnahmen inklusive Entziehungskuren**

**Entgiftungs-/Entziehungsmaßnahmen, einschließlich Entziehungskuren bei Drogen- und Alkoholabhängigkeit, sind nicht im Versicherungsschutz enthalten.** Leistungen für eine erstmalige Entgiftungsmaßnahme werden jedoch übernommen, sofern die versicherte Person anderweitig keinen Anspruch auf Kostenerstattung geltend machen kann. Bei einer stationären Entgiftungsmaßnahme erstattet der Versicherer nur die Aufwendungen der allgemeinen Krankenhausleistungen, inklusive ärztliche Leistungen und Arzneimittel.

**Jegliche Folgebehandlungen, die aus dem schädlichen, gefährlichen oder suchterzeugenden Konsum von Substanzen, einschließlich Alkohol und Drogen, resultieren oder in direktem Zusammenhang damit stehen, sind nicht versichert.**

**Entwicklungsstörungen**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Dienstleistungen, Therapien, pädagogische Tests oder Unterstützungsmaßnahmen im Zusammenhang mit Lernschwierigkeiten oder psychischen Entwicklungsstörungen.** Dazu gehören beispielsweise Entwicklungsverzögerungen, schulische Fähigkeiten, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, geistige Behinderung, Wahrnehmungsstörungen, Hirnschäden, die nicht durch Unfälle oder Erkrankungen verursacht wurden, minimale Gehirnfehlfunktionen, Dyslexie oder Apraxie.

**Epidemien, Pandemien und Ausbrüche von Krankheiten**

**Aufwendungen für Behandlungen, medizinische Evakuierungen und/oder Rückführungen, die direkt oder indirekt auf Epidemien, Pandemien oder Krankheitsausbrüche vergleichbaren Ausmaßes zurückzuführen sind und die unter Kontrolle lokaler, öffentlicher Organe des Gesundheitswesens gestellt wurden, werden nicht erstattet, sofern nicht anderweitig schriftlich vom Versicherer genehmigt.**

**Experimentelle und investigative Therapien oder Behandlungsverfahrenen**

**Kein Versicherungsschutz besteht für jede Art von Behandlung oder medikamentöser Therapie, die der Versicherer als experimentell oder investigativ betrachtet.** Eine Dienstleistung, eine Technologie, eine Lieferung, ein Verfahren, eine Behandlung, ein Medikament, ein Gerät, eine Einrichtung, eine Ausrüstung oder ein biologisches Produkt gelten als experimentell oder investigativ, wenn sie nicht alle der folgenden Anforderungen erfüllen:

- Sie müssen eine endgültige Lizenz und eine klar formulierte Genehmigung von mindestens einer der folgenden Instanzen haben: EMA (Europäische Arzneimittelagentur), FDA (Food and Drug Administration – Phase III abgeschlossen), Europäisches Netzwerk für Health Technology

Assessment (EUnetHTA). Eine vorläufige Zulassung ist nicht ausreichend. Die Zulassung ist nur für die entsprechenden medizinischen Indikationen und Erkrankungen gültig. Im Falle von Verfahren und genehmigten Leitlinien für den klinischen Verlauf muss sie in einer der folgenden Richtlinien klar als solche gekennzeichnet sein: NICE (National Institute for Health and Care Excellence), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), AHRQ National Guideline (Agency for Healthcare Research and Quality – National Guideline Clearinghouse).

- Alle Genehmigungen und Leitlinien müssen schlüssig sein und können nicht die Notwendigkeit weiterer Forschung oder eines Forschungsumfeldes, begrenzte Evidenz, unzureichende Evidenz oder mangelnden klinischen Nutzen angeben.

**Extremsport und Hochrisikoaktivitäten**

**Für Extremsportarten und risikoreiche Aktivitäten besteht kein Versicherungsschutz.**

Extremsportarten und risikoreiche sportliche Aktivitäten umfassen jede Form des Sports oder der sportlichen Betätigung, die mit einem hohen Risiko verbunden ist.

Dazu gehören Aktivitäten die ein hohes Maß an Kenntnissen und Erfahrungen, außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, spezielle Ausrüstung und waghalsige Stunts erfordern und bei denen die versicherte Person eine Haftungsverzichtserklärung unterzeichnet hat. Dies sind unter anderem:

- Abseilen, Bergsteigen (mit Ausnahme von Hallenklettern und für das Sportklettern ausgestatteten Klettergärten in Mittelgebirgsregionen) und Wettkämpfen,
- Bobfahren, Rodeln, Skeleton, Skifahren abseits der Pisten sowie Snowboarden abseits der Pisten,
- Bungee- und Klippenspringen ,
- Kampfsportarten,
- Downhill-Mountainbiking und Cross-Country-Radfahren,
- Extremtourismus (z. B. Reisen in die Antarktis),
- Jagd zu Pferd, Springreiten, Polo, Hindernislauf zu Pferd sowie jede Form von Pferderennen,
- Motorradsport, einschließlich Motorradfahren und Quadfahren,
- Ultraleichtfliegen, Wingsuit-Fliegen, Ballonfahren, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen und Fallschirmspringen,
- Solo-Höhlenforschung (Höhlenforschung) oder Höhlentauchen, Tauchen in Tiefen von mehr als 10 Metern, Turmspringen, Wildwasser-Rafting und Canyoning,
- Ultramarathons oder Aktivitäten ähnlicher Art,
- Alle anderen gefährlichen Aktivitäten, die ein ähnliches Risiko wie die oben genannten darstellen, z. B. Zugsurfen.

**Such- und Rettungsdienste im Zusammenhang mit Extremsportarten und risikoreichen Aktivitäten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Höhlen-, See- und Bergrettung, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.**

**Korrektur des Sehvermögens**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Behandlungen oder Operationen zur Korrektur des Sehvermögens einer versicherten Person, einschließlich Verfahren wie Laserbehandlung, refraktive Keratotomie (RK) und fotorefraktive Keratektomie (PRK).** Versicherungsschutz besteht für die Korrektur der Sehkraft einer versicherten Person, wenn diese medizinisch notwendig ist (z. B. bei Katarakt oder Netzhautablösung).

**Genetische Tests**

**Der Versicherungsvertrag übernimmt keine Aufwendungen für Gentests, es sei denn, bestimmte Gentests sind ausdrücklich im Versicherungsschutz der versicherten Person aufgeführt oder der Versicherer hat zuvor ausdrücklich seine schriftliche Kostenzusage erteilt.**

**Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit verursacht wurden**

**Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, wenn diese vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden.**

Der Versicherer betrachtet eine Krankheit oder einen Unfall als vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt, wenn die betroffene Person die Folgen ihrer Handlungen

vernünftigerweise vorhersehen konnte und den daraus resultierenden Schaden bewusst in Kauf genommen hat. Dies umfasst unter anderem:

- selbst zugefügte Verletzungen,
- Selbstmordversuche,
- Aufenthalte in einer Einrichtung zur Drogenentziehung und
- Verletzungen im Rahmen krimineller Handlungen.

**Militärdienstbeschädigungen**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die sich aufgrund der Beteiligung der versicherten Person an militärischen Operationen, am Militärdienst, Aufständen und Unruhen ereignen.**

**Langzeitpflege und Betreuungsbedarf**

**Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Unterkünfte, die aufgrund einer Langzeitpflege und Betreuung erforderlich sind.**

**Nichtmedizinische Krankenhauskosten**

**Der Versicherungsvertrag übernimmt keine Aufwendungen, die durch Begleitpersonen der versicherten Person entstehen, und sieht auch keine Erstattungen für nichtmedizinische Verbrauchsmaterialien, Verpflegung und medienbezogene Aufwendungen (wie Fernsehen und Radio) vor.**

**Radioaktive, chemische und biologische Kontamination**

**Der Versicherer bietet keinen Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die durch Radioaktivität (einschließlich Kernreaktionen, Kernstrahlung und radioaktive Kontamination), sowie durch chemische oder biologische Waffen verursacht werden.**

**Rückbildungsgymnastik**

**Der Versicherer gewährt keinen Versicherungsschutz für Rückbildungskurse, die darauf abzielen, die körperlichen Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt zu behandeln.**

**Berufssport**

**Der Versicherer gewährt keinen Versicherungsschutz für Behandlungen oder diagnostische Maßnahmen im Zusammenhang mit Verletzungen oder Krankheiten, die durch die berufliche Ausübung einer Sportart hervorgerufen werden.**

**Geschlechtsumwandlung**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für die operative und hormonelle Angleichung der biologischen Geschlechtsmerkmale an das jeweils andere Geschlecht.**

**Schlafstörungen**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Untersuchungen oder Behandlungen im Zusammenhang mit Schlafstörungen, inklusive Schlaflosigkeit (Insomnie). Dies umfasst die CPAP-Therapie (kontinuierliche positive Überdruckbeatmung) sowie die BIPAP Therapie (Erzeugung eines positiven Atemwegdrucks mit zwei verschiedenen Druckniveaus).**

**Sterilisation, sexuelle Funktionsstörungen und Kontrazeption**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Maßnahmen, die die Unfruchtbarkeit einer Person fördern oder herbeiführen sowie für Eingriffe, Behandlungen oder Medikamente zur Verhütung einer Schwangerschaft oder für Behandlungen von sexuellen Funktionsstörungen (sofern diese nicht Teil einer Unfruchtbarkeitsbehandlung sind).**

**Spa- und Wellnessmassagen**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Aufenthalte oder Behandlungen in Kur- oder Badezentren, Sanatorien, Spas, Gesundheits- oder Erholungszentren, auch wenn diese ärztlich verordnet sind. Diese Einschränkung gilt auch für Thermalbäder, Saunaanwendungen und jede Form von Wellnessmassagen.**

**Leihmutterschaft**

**Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Heilbehandlungen, die in unmittelbarem**

**Zusammenhang mit einer Leihmutterschaft stehen, unabhängig davon, ob die versicherte Person als Leihmutter fungiert oder die beabsichtigten Eltern sind. Kinder, die von einer Leihmutter ausgetragen wurden, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.**

**Schwangerschaftsabbruch**

Der Versicherer übernimmt die Aufwendungen für einen Schwangerschaftsabbruch, wenn eine lebensbedrohliche Gefahr für die Schwangere besteht oder der Fötus nicht lebensfähig ist; Voraussetzung hierfür ist, dass der gewählte Tarif Erstattungen für Schwangerschaftsleistungen umfasst. Die Erstattung muss zuvor schriftlich vom Versicherer zugesagt werden. Die genannten Voraussetzungen müssen durch erforderliche medizinische Untersuchungsberichte sowie durch ein ärztliches Attest, in dem die Gründe für den Schwangerschaftsabbruch angegeben sind, nachgewiesen werden.

**Heilbehandlung in Sanatorien, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Therapien und Heilbehandlungen in Sanatorien, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen.** Je nach gewähltem Tarif kann der Versicherer jedoch die Aufwendungen für eine Anschlussrehabilitation teilweise erstatten.

**Transportkosten**

**Transportkosten, mit Ausnahme von Rettungstransportleistungen, werden nur erstattet, wenn der Versicherer dies zuvor ausdrücklich schriftlich zugesagt hat.**

**Heilbehandlung durch bestimmte Ärzte, Zahnärzte und andere Behandler sowie in bestimmten Krankenhäusern**

**Der Versicherungsvertrag übernimmt keine Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und andere Behandler sowie für Krankenhausleistungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigen Gründen von der Erstattung ausgeschlossen hat.**

Diese Befreiung von der Leistungspflicht gilt jedoch nur für Versicherungsfälle, die eintreten, nachdem die versicherte Person über den Leistungsausschluss informiert wurde. Ist ein Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Mitteilung bereits eingetreten, erstreckt sich die Befreiung des Versicherers von der Leistungspflicht nur auf Aufwendungen, die mehr als 1 (einen) Monat nach Erhalt der Mitteilung entstehen.

**Heilbehandlung durch Ehe- bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder**

**Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen, wenn die versicherte Person von ihrem/ihren Ehe- bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kindern behandelt wird.** Die nachgewiesenen Sachkosten, die für die Behandlung erforderlich sind, werden jedoch tarifgemäß erstattet.

**Rechtswidrige Handlungen und gefährliches Verhalten**

**Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Krankheiten, Unfälle oder daraus resultierende Folgen, die auf rechtswidrige Handlungen oder gefährliches Verhalten zurückzuführen sind.** Dies umfasst unter anderem:

- Aktivitäten, die unter Missachtung ausdrücklicher Warnungen oder Verbote von medizinischem Fachpersonal, Gesundheitsbehörden oder Strafverfolgungsbehörden durchgeführt werden;
- Folgen von Trunkenheit und/oder Rauschzuständen;
- Unruhen und Maßnahmen zu deren Bekämpfung, es sei denn, der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person kann nachweisen, dass die versicherte Person nicht aktiv daran beteiligt war;
- Streitigkeiten und/oder heftige Auseinandersetzungen, außer im Falle der rechtmäßigen Selbstverteidigung (ein Bericht einer amtlichen Behörde als Nachweis ist erforderlich) und
- Wetten und/oder Herausforderungen.

**Vitamine und Mineralstoffe**

**Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Produkte, die als Vitamine oder Mineralstoffe eingestuft sind;** ausgenommen hiervon sind medizinisch notwendige Fälle während der Schwangerschaft oder zur Behandlung von diagnostizierten, klinisch signifikanten Vitaminmangelsyndromen.

**Dieser Ausschluss gilt ebenfalls für Nahrungsergänzungsmittel, inklusive spezieller Säuglingsnahrung und kosmetischer Produkte, selbst wenn diese medizinisch empfohlen, verschrieben oder für therapeutische Zwecke anerkannt sind.**

**Produkte wie Nährmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, Kosmetika, Hygiene- und Körperpflegeprodukte sowie Badezusätze gelten nicht als medizinisch notwendig und werden nicht erstattet.**

**Krieg, innere Unruhen, Terrorismus**

**Für Krankheiten oder Unfälle und deren Folgen sowie für Todesfälle, die auf Kriegsereignisse, innere Unruhen oder terroristische Handlungen zurückzuführen sind, besteht kein Versicherungsschutz, es sei denn, die versicherte Person erleidet ihre Verletzungen als unbeteiligter Dritter, der die Gefahren nicht vorsätzlich oder fahrlässig missachtet hat und sofern sich die versicherte Person nicht vorsätzlich in das Konfliktgebiet begeben hat.**

**Begibt sich die versicherte Person in ein Gebiet, in dem direkte Kriegshandlungen stattfinden, oder erbringt sie für eine der Kriegsparteien Dienstleistungen, besteht in keinem Fall Versicherungsschutz. Der Leistungsausschluss gilt unabhängig davon, ob Krieg erklärt wurde oder nicht. Erlangt die versicherte Person während ihres Aufenthalts Kenntnis von Krieg, inneren Unruhen oder terroristischen Handlungen, besteht Versicherungsschutz nur im Rahmen von Notfallbehandlungen (wie lebensrettenden Maßnahmen), und nur so lange, wie es der versicherten Person nicht möglich war, das Land oder die Region zu verlassen, längstens jedoch für 28 (achtundzwanzig) Tage.**

**Weitere Leistungseinschränkungen**

**Wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder wenn sich die geforderte Vergütung nicht im Rahmen des Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessen befindet, behält sich der Versicherer das Recht vor, die Zahlung/Erstattung zu kürzen. Die versicherte Person trägt alle Kosten, die nicht den Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Standards entsprechen, da der Versicherer keine Beträge über diesen Schwellenwert hinaus übernimmt. Der Versicherer behält sich das Recht vor, alle Aufwendungen oder Kostenvoranschläge unter Einbeziehung von medizinischen Fachpersonen zu prüfen, um deren Übereinstimmung mit den Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Standards festzustellen.**

Kann die versicherte Person Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger beanspruchen, erstattet der Versicherer nur die Aufwendungen, die trotz dieser Leistungen medizinisch notwendig sind. **Komplikationen, die sich aufgrund von ausgeschlossenen Leistungen ergeben, sind nicht versichert.**

# 6. Glossar

Dieses Glossar ist zusammen mit dem Glossar der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu lesen.

**Akupunktur**
Akupunktur ist eine Methode der traditionellen chinesischen Medizin, bei der Krankheiten und körperliche Verletzungen geheilt oder Schmerzen gelindert werden, indem dünne Nadeln in den Körper eingeführt werden. Die Schulmedizin erkennt diese Methode in erster Linie als Mittel zur Schmerzlinderung an.

**Ambulante Heilbehandlung**
Jede Heilbehandlung durch einen qualifizierten und zugelassenen Arzt, die keinen stationären Aufenthalt erfordert (dazu zählen auch Krankenhausaufenthalte von weniger als 8 (acht) Stunden).

**Angeborene Leiden**
Alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Krankheiten, Anomalien, Geburtsfehler, Frühgeburtlichkeit, Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen, unabhängig vom Vorliegen einer Diagnose.

**Anschlussrehabilitation**
Eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustands nach einer Krankheit oder einer schweren Operation, zum Beispiel nach Bypass-OP, Herzinfarkt, Organtransplantation sowie chirurgischen Eingriffen an großen Knochen oder Gelenken oder nach einem schweren Unfall.

**Ausreiseland**
Das letzte Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte.

**Beginn der Behandlung**
Das Datum, an dem eine Heilbehandlung beginnt, die von einem medizinischen Leistungserbringer aufgrund einer Krankheit oder einer körperlichen Verletzung verordnet und durchgeführt wird.

**Behandler**
Ein Arzt, aber auch alle Personen, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen und in dem Land, in dem die Heilbehandlung erfolgt, zur Behandlung auf ihrem Gebiet zugelassen bzw. zu deren Ausübung berechtigt sind. Dazu zählen Heilpraktiker, Logopäden/Sprachheiltherapeuten und Hebammen/Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe wie beispielsweise Masseure und Physiotherapeuten. Die versicherte Person kann jeden Behandler frei wählen, der diese Kriterien erfüllt.

**Berufssport**
Jede Sportart, für deren Ausübung die versicherte Person bezahlt wird.

**Chiropraktik**
Ein diagnostisches und therapeutisches Verfahren, welches auf der Vorstellung basiert, dass das Nervensystem alle Körperfunktionen koordiniert und dass Krankheiten aufgrund von Beeinträchtigungen der normalen Nervenfunktion entstehen. Ein Chiropraktiker benutzt das Verfahren der Manipulation (manuelle Therapie), um Körperstrukturen wie die Wirbelsäule zu korrigieren und so den von verschobenen Wirbeln ausgehenden Druck auf die Nerven zu lindern.

**Computertomographie (CT)**
Eine diagnostische Technik, die mithilfe eines speziellen Röntgenverfahrens Querschnittsbilder des Körpers anfertigt. Der CT-Computer zeigt diese Bilder als detailgenaue dreidimensionale Darstellung von Organen, Knochen und anderen Geweben an. Synonyme Bezeichnungen für dieses Verfahren sind CT-Scan, computerisierte Tomographie oder computerisierte Axialtomographie (CAT).

**Dialyse**
Die Dialyse ist ein Verfahren, das hauptsächlich aufgrund von Nierenversagen verlorengegangene Nierenfunktion (Nierenersatztherapie) auf künstliche Weise ersetzt. Dialyse findet Anwendung sowohl bei plötzlich auftretendem, aber nur vorübergehendem Verlust der Nierenfunktion (akutes Nierenversagen) als auch bei Personen, die dauerhaft ihre Nierenfunktion verloren haben (terminales chronisches Nierenversagen). Dialyse wird in Dialysezentren in Krankenhäusern, Kliniken oder zu Hause durchgeführt.

**Ersatzleistung für Krankenhausaufenthalt**
Sollte die versicherte Person für eine unter Versicherungsschutz stehende, medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung keine Kostenerstattung vom Versicherer beanspruchen, zahlt der Versicherer stattdessen für jeden, im Rahmen einer ärztlich empfohlenen stationären Heilbehandlung, tatsächlich im Krankenhaus verbrachten Tag ein Ersatz-

Krankenhaustagegeld. Die Höhe richtet sich nach dem gewählten Tarif.

**Erstattungsfähige Aufwendungen**
Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen, Heilbehandlungen und Maßnahmen, die gemäß den Versicherungsbedingungen dieses Versicherungsvertrags versichert sind. Diese Aufwendungen beinhalten in der Regel Krankenhausaufenthalte, ärztliche Heilbehandlungen, diagnostische Tests, chirurgische Eingriffe, verordnete Arzneimittel und andere genehmigte medizinische Leistungen. Um erstattungsfähig zu sein, müssen die Maßnahmen von zugelassenen Gesundheitskräften oder akkreditierten medizinischen Einrichtungen erbracht werden und im Einklang mit den Leistungsbeschreibungen, Leistungsausschlüssen und etwaigen Wartezeiten oder Kostenübernahmeanforderungen des Versicherungsvertrags stehen.

**Glossar**
Das vorliegende Glossar mit definierten Begriffen ist integraler Bestandteil der Speziellen Versicherungsbedingungen.

**Heilbehandler**
Eine Person, die – neben Ärzten – über eine anerkannte und fundierte Ausbildung in ihrem Behandlungsbereich verfügt und in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt werden soll, zur Behandlung in diesem Fachgebiet zugelassen ist. Als Heilbehandler gelten: Heilpraktiker, Logopäden und Hebammen sowie selbstständige Behandler, die in staatlich anerkannten, medizinischen Hilfsberufen tätig sind (z. B. Masseure, Osteopathen und Physiotherapeuten). Die versicherten Personen können einen Behandler, der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.

**Heimatland**
Das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sie ihren gewöhnlichen/ständigen Wohnsitz hat oder in das ihre sterblichen Überreste im Todesfall überführt werden.

**Homöopathie**
Ein Homöopath geht von der Annahme aus, dass eine Krankheit, die sich in bestimmten Symptomen äußert, durch ein Mittel geheilt werden kann, das beim gesunden Menschen ähnliche Symptome hervorruft.

**Hospiz**
Eine Einrichtung, die ausschließlich dem Zweck dient, Patienten zu pflegen, deren Lebenserwartung begrenzt ist und deren Erkrankungen keiner kurativen Behandlung mehr zugänglich sind. Ziel des Hospizes ist es, dem Erkrankten durch palliativmedizinische Pflege die bestmögliche Lebensqualität zu bieten.

**Höchstbetrag für ambulante Leistungen**
Der Höchstbetrag, den der Versicherer – gemäß der Leistungsübersicht – für alle ambulanten Leistungen pro versicherte Person und Versicherungsjahr im Rahmen des jeweiligen Tarifs erstattet.

**Hydrotherapie**
Hydrotherapie ist die gezielte Heilbehandlung durch äußerliche Anwendung von Wasser.

**Implantologische Leistungen**
Einsetzen von zahnärztlichen Implantaten (Metall- oder Keramikkörper) als Zahnwurzelersatz oder in unbezahnte Kiefer.

**Jahreshöchstbetrag**
Der Höchstbetrag, der für alle Aufwendungen insgesamt pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr maximal erstattet wird.

**Krebs**
Allgemeine Bezeichnung für alle bösartigen (malignen) Erkrankungen, die durch eine unkontrollierte Vermehrung von veränderten Zellen (Neoplasien oder Tumoren) gekennzeichnet sind. Diese Zellen können das umliegende Gewebe zerstören und Tochtergeschwülste (Metastasen) ausbilden.

**Kur- und Sanatoriumsbehandlung**
Eine Kur- oder Behandlungsmaßnahme, die sich von einer medizinischen Heilbehandlung unterscheidet und der Wiederherstellung des Fitness- oder Gesundheitszustands einer Person dient.

**Landesüblich, Allgemeingültig und Angemessen**
Landesübliche, Allgemeingültige und Angemessene Aufwendungen beziehen sich auf die durchschnittlichen Aufwendungen, die von zugelassenen Ärzten innerhalb eines bestimmten geografischen Gebiets (z. B. Stadt oder Land) für eine bestimmte medizinische Leistung in Rechnung gestellt werden. Diese basieren auf öffentlich zugänglichen Gebührenordnungen oder Datenbanken,

die von anerkannten Gesundheitsbehörden oder Versicherungsverbänden geführt werden.

**Magnetresonanztomographie (MRT)**
Ein diagnostisches Verfahren, mit dem man die inneren Organe und Gewebe des Körpers durch Einsatz starker Magnetfelder und Radiowellen bildlich darstellen kann.

**Medizinisch-klinischer Zustand**
Alle Störungen, Krankheiten, Verletzungen bzw. körperlichen, geistigen oder psychischen Auffälligkeiten sowie Schwangerschaft.

**Nahrungsergänzungsmittel und/oder Diätmittel**
Produkte zur Erhöhung des Nährstoffgehalts der aufgenommenen Nahrungsmittel, inklusive Vitamine, Mineralstoffe, Kräuter, Mahlzeitenersatzprodukte, Sporternährungsprodukte, natürliche Nahrungsergänzungsmittel.

**Osteopathie**
Der osteopathische Ansatz in der Medizin beinhaltet eine umfassende manuelle Diagnostik und Therapie von Funktionsstörungen des Bewegungsapparates, der inneren Organe und des Nervensystems. Er wird hauptsächlich bei chronischen Schmerzen der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke eingesetzt.

**Palliativmedizin**
Palliativmedizin ist die umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit begrenzter Lebenserwartung, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist. Diese Art der Behandlung bietet dem Patienten und seiner Familie die bestmögliche Lebensqualität.

**Positronen-Emissions-Tomographie (PET)**
Ein nicht-invasives bildgebendes Verfahren, das auf den Nachweis und die Darstellung einer Substanz mit Positronen emittierenden Strahlern basiert, die im Körper des Patienten verteilt sind. Die Konzentration dieser „Marker" in einem Tumor kann daraufhin quantifiziert werden, wobei die Substanz intravenös injiziert und die Strahlung mit externen Detektoren erfasst wird. Mit Hilfe der PET können wichtige biologische Prozesse in Tumoren sichtbar gemacht werden.

**Prophylaxemaßnahmen**
Prophylaxemaßnahmen umfassen individuelle und allgemeine Maßnahmen zur Vermeidung des Risikos von Krankheiten (z. B. Schutzimpfungen, passive Immunisierung, vorsorgliche Medikation bei Reisen in Gefahrengebiete, Unfallverhütung usw.).

**Rücktransport**
Sollte eine im Rahmen des Versicherungsvertrags erstattungsfähige medizinisch notwendige Heilbehandlung vor Ort nicht durchführbar sein, übernimmt der Versicherer die Aufwendungen des Rücktransports der versicherten Person in ihr Heimatland zur dortigen Heilbehandlung, anstatt in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus. Dies gilt allerdings nur, sofern das Heimatland in der versicherten Zielregion der versicherten Person liegt.

**Schulmedizin**
Die an Universitäten gelehrte, wissenschaftlich fundierte und daher allgemein anerkannte und angewandte Form der Medizin.

**Second Opinion**
Second Opinion (ärztliche Zweitmeinung) ist die medizinische Beratung durch einen anderen, bisher nicht an der Heilbehandlung beteiligten Arzt. Auch bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und schwerwiegenden, bleibenden, gesundheitlichen Schädigungen kann sich die versicherte Person über das zuständige Service Center eine ärztliche Zweitmeinung einholen.

**Selbstbehalt**
Der Selbstbehalt ist der maximale Gesamtbetrag, den die versicherte Person in Form von Zuzahlungen im Zusammenhang mit Erstattungsfähigen Aufwendungen während eines Versicherungsjahres zu zahlen hat. Sobald dieser Schwellenwert erreicht ist, wird der Restbetrag, vorbehaltlich der Versicherungsbedingungen, vom Versicherer übernommen.

**Selbstbeteiligung**
Die Selbstbeteiligung bewirkt, dass die versicherte Person einen bestimmten Teil der Aufwendungen selbst trägt. Die Selbstbeteiligung bezeichnet den von den versicherten Personen, bis zu dem vereinbarten Höchstbetrag, selbst zu tragenden Anteil an den Aufwendungen. Wurde eine Selbstbeteiligung vereinbart, so wird diese im Versicherungsvertrag dokumentiert.

**Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlung**
Als tagesklinisch (teilstationär) bezeichnet man eine Heilbehandlung in einem Krankenhaus ohne Übernachtung. Die Länge des Krankenhausaufenthalts beträgt hierbei zwischen 8 (acht) und 24 (vierundzwanzig) Stunden.

**Vertragslaufzeit**
Die Vertragslaufzeit ist der Zeitraum, den der Versicherungsnehmer für die versicherten Personen im Antragsformular ausgewählt hat und in dem der Versicherungsschutz gemäß Versicherungsvertrag gewährt wird.

**Vorerkrankungen**
Vorerkrankungen beziehen sich auf alle Erkrankungen, Verletzungen und deren Folgen, die dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person vor Unterzeichnung des Antragsformulars bekannt waren oder für die sie medizinische Beratungen, diagnostische Leistungen oder Heilbehandlungen erhalten haben.

Dies umfasst:

i. jede Erkrankung, für die sich die versicherte Person einer diagnostischen Untersuchung (einschließlich Vorsorge- oder routinemäßige Gesundheitsuntersuchung) unterzogen und die zu auffälligen Befunden geführt hat, unabhängig davon, ob eine formelle Diagnose gestellt wurde.
ii. alle Anzeichen oder Symptome, unabhängig davon, ob sie diagnostiziert wurden oder nicht, sowie alle körperlichen oder organischen Anomalien, angeborenen Anomalien, Behinderungen oder Deformitäten.
iii. alle vorhandenen, medizinischen Hilfsmittel wie Implantate, Stents, Prothesen oder andere Geräte, die dauerhaft oder vorübergehend am Körper angebracht sind.

Darüber hinaus gelten alle Krankheiten, Verletzungen oder Gesundheitszustände, die zwischen dem Datum der Unterzeichnung des Antragsformulars und dem Datum der Unterzeichnung der Besonderen Versicherungsbedingungen auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen.

**Zahnarzt**
Ein Arzt oder Heilbehandler, der sich auf Erkrankungen der Zähne und des Mundraums spezialisiert hat.

**Zielregion**
Die folgenden Zielregionen, in denen der Versicherungsschutz gemäß Versicherungsvertrag gilt:
Zielregion I: Weltweit einschließlich USA
Zielregion II: Weltweit ohne USA

**Zuzahlung**
Eine Zuzahlung ist der Teil an einer versicherten medizinischen Leistung, den die versicherte Person prozentual an den gesamten Erstattungsfähigen Aufwendungen je Leistungsanspruch, bis zum Selbstbehalt (falls zutreffend), zu zahlen hat. Der Restbetrag wird vom Versicherer gemäß den Bedingungen des Versicherungsvertrags erstattet.

**Foyer Global Health S.A.**

**Sitz**
L-3372 Leudelange
12, rue Léon Laval
Luxembourg

Telefon: +352 270 444 3500
E-Mail: policy@globalhealth.insurance
Internet: https://www.globalhealth.insurance

Commercial Register (R.C.S. Luxembourg): B 134.471
USt.-ID: LU22284578